



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Francisco das Chagas Rodrigues da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 165276

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".



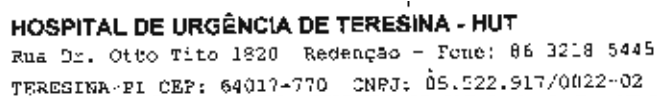
Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência -SAMU-



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado 293.302	02 Data do chamado 03/09/18	03 PRO (código) 2900	04 Saída do PA 23:33	05 Chegada ao local 23:46
	06 Saída do local 20:00	07 Chegada ao 1° hospital 23:48	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Avenida de São João R. B. Moura	11 Bairro Jardim das Hortas Norte	12 Município-UF Teresina-PI	Código IBGE	
	13 Ponto de referência Imagem de R. Porto Alegre				
Dados do Paciente	14 Nome FRANCISCO DASILVA RODRIGUES DA SILVA	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado			
	16 Idade 15 anos 1 - Dia 2 - Mês 3 - Anos 4 - Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAB 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Acidente de Transporte	19 Víctima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança ☐	
	23 Glasgow = 14 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - A voz 2 - A dor 1 - Nenhuma RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum				
Exame Físico	24 Sinais vitais Pulso 78 Resp 12x8 TAX 98 SatO2 98	25 Local da lesão 			
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial ☐ Central ☐ 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sanguinamento ☐ 1 - Sim 2 - Não		
Assistência	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10				
	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito				
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração ☐ Prancha longa/corta ☐ Imobilização de extremidades ☐ Glicemia ☐ Oxigênio ☐ Colar cervical ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Acesso venoso ☐ Curativos ☐ Kred ☐ Assistência obstétrica ☐ Medicamentos a) ☐ b) ☐				
	32 Hospital de Destino <u>AFPA</u>				
Observações Interdisciplinar	33 Condições de entrada ☐ 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado				
	34 Óbito ☐ 1 - Sim 2 - Não ☐ Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte				
Observações Interdisciplinar: Paciente de 15 anos, vítima de trauma abdominal por queda de altura, apresentando dor abdominal intensa, localizada no quadrante inferior esquerdo, com sinais vitais estáveis. Foi realizada a avaliação de Glasgow e a escala de dor. O paciente foi encaminhado para o Hospital de Destino (AFPA) para avaliação e tratamento.					
Responsável pela recepção		Socorristas Médico <u>Adriano</u> Enfermeiro <u>Edson</u>			



Imp: 03/09/2018 02:22:04
(GUSTAVO SILVA)

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES DA SILVA		<u>Prontuário:</u> 165276	
<u>Mãe:</u> ANTONIA RODRIGUES DA SILVA		<u>Pai:</u> ADESSON ALVES DA SILVA	
<u>End. Resid.:</u> AV. ROSANA NERE Nº1924 - MONTE ALEGRE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
<u>Nascimento:</u> 04/05/1972	<u>Idade:</u> 46a3m30d	<u>Sexo:</u> Masculino	<u>Fone:</u> 86- 9535-0698
<u>Responsável:</u> ISABEL GOMES DOS SANTOS		<u>CNS:</u>	
<u>Profissão:</u> AUTONOMO		<u>Documento:</u> RG: 1192331 - SSP-PI	
<u>G. Instrução:</u> Fundamental Completo		<u>E.Civil:</u> Casado(a)	
<u>End. Local:</u> - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

DADOS DO ATENDIMENTO:	
<u>Código:</u> 682360	<u>Data:</u> 03/09/2018 02:19:06
<u>Clas. Cor:</u> Indefinido	
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA MOTOC	<u>Convênio:</u> 8 U 5

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

DADOS DA SOLICITAÇÃO (17):

Data/Hora Solicitação: 03/09/18 9:44 ESPECIALISTA: Ortopedia - Traumatologia

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Acidente motorciclístico no asfalto com fratura em
N.D. Fez uso de bebida alcoólica. Rx - Fratura exposta lateral
D5, fratura distal presente, ferimentos em face plantar e
distal. CC: Solicito TC cefálico e avaliação neurológica
para / com CC após avaliação neurológica

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 03/09/18 01:00 NCR

Acidente automobilístico
TC cefálico e NCR
em: Alta de NCR

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 03/09 2018 09:20 **ESPECIALISTA:** Ortopedia

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Comunicado pelo superintendente do centro cirúrgico a presença deste paciente na sala do CC. Não foi possível o exame pelos plantonistas da noite. Paciente com fratura exposta fíbula da tíbia II-A + limbo no pé direito e um pequeno de avulsão, AVE, lesões de

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__

Carimbo/Assinatura Solicitante: *[Assinatura]*

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer: *[Assinatura]*

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.322.917/0022-02

OK OK

SUS SUS

Imp: 03/09/2018 02:21:04

(User: GUSTAVO SILVA)

(Senha: ABCDEF000000)

BOLETIM DE ENTRADA - BE**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES DA SILVA		Prontuário: 165276
Mãe: ANTONIA RODRIGUES DA SILVA	Pai: ADERSON ALVES DA SILVA	
End. Resid.: AV. ROSANA NERE Nº1924 - MONTE ALEGRE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 04/05/1972	Idade: 46a3m30d	Sexo: Masculino Fone: 86- 9535-0699
Responsável: ISABEL GOMES DOS SANTOS		CNS:
Profissão: AUTONOMO		CPF: * RG: 1192331 - SSP-PI
G. Instrução: Fundamental Completo		E. Civil: Casado(a)
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 682360	Data: 03/09/2018 02:19:06	Condução: AMBULANCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: SUS
Acid. Trab.: Não	Trajetória: Não	Tipico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente em motocicleta há aprox. 1 hora. Alcoolizado.

① Vias aéreas livres. C/ colorimetria e epiglote rígida.

② MV + bilobulada s/ R. S2: 96.

③ Pulso normal. Pálpebras abertas.

④ Gostou 19. OBS: Pálpebras abertas. Pupila reativas e isotópicas.

⑤ Ferida direta mobilizada e exposta.

HUT DR. ZENON RODRIGUES

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME: 03/09/18 02:46:12

DATA: 03/09/18

TECNOLOGIA

PA _____ X _____ mmHg Pulso: _____ FC: 79 bpm Temp.: _____

Diagnóstico Inicial:

CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx de coxa, Rx de joelho, Raio x do punho ①

ALTA:	☐ Melhorado	☐ Administrativa	☐ Retornar à Unid. Origem:
	☐ Curado	☐ Por Indisciplina	☐ Transferência:
ÓBITO:	☐ Inalterado	☐ Por Evasão	DATA SAÍDA: ____/____/____ HORA: ____:____
	☐ A Pedido		☐ Internação na Unidade
DESTINO:		Proced. Solicitado:	
☐ Até 24 hs	☐ Família	CID Compatível:	
☐ De 24 a 48 hs	☐ IML	Prof. Solicitante	
☐ Após 48 hs	☐ Anat. Patol.	Interação:	

Dr. José Lucas Jalles Pereira Luz
MÉDICO
CRM-PI 696Isabel Gomes dos Santos
Assinatura paciente ou Responsável

Carimbo - Assinatura - Profissional - BE

33 - Solicitado parecer perante telejornista. Ex: 16/09/18

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 03 / 09 / 18

NOME DO PACIENTE: <u>Francisco das Chagas R. da Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>165.276</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Fract. exposta tíbio dist.</u>	CIRURGIA: <u>MMC + fix. externo</u>
ANESTESIA: <u>Raqui</u>	Nº DA SALA: <u>02</u>
CIRURGIÃO: <u>Flávio Manoel de S. Coutinho</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>Acacia Flávio Manoel de S. Coutinho</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Flávio</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Cidlene</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI <u>20-11</u>	UNID.	01 - 01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº <u>7.0 - G. 5</u>	PAR	02 - 01	
AGULHA 40X12	UNID.	-		LUVA Nº <u>8.0</u>	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	15	
ALCOOL 70%	ML	150		PVPI DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	70		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	07	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº <u>20</u>	UNID.	01		<u>Crepou</u>		02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>2.0</u>							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Juliana</u>			
PROLENE							



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Francisco dos Clippers Rodrigues da Silva

Diagnóstico pré-operatório

Fract. exposta tíbia, 1^o e 2^o graus III-A

Operação - Tipo

MC + fix. externa linear

Cirurgião

1^o Assistente

2^o Assistente

3^o Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(s)

Data da Operação

03/09/2018

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Raquiocetomia, DPH, gesso, cutâneo, cateter, debridamento, limpeza e fixação com placa e parafusos, RTFE e fixação linear, sutura, sutura de ferida pleural, curativos.

Flávio Maciel
Ortopedista e Traumatologista
CRM 3102

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 05 / 08 / 18

NOME DO PACIENTE: <u>F^{co} das Chagas Rodrigues</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>165276</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Quilista 77347</u>	CIRURGIA: <u>Quilista 77347</u>
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: <u>06</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Wivaldo</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>Dr. Celso</u>	CPF Nº: _____
ANESTESISTA: <u>Dr. Marcus Venâncio</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Jaqueline</u>	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI N.º 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 7.5	PAR	03	
AGULHA RAQUE N.º 26	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	05	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	50		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	40		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			eletrodos	11	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				escovas	11	05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				cateter p/ olhos	11	01	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2.0	UND	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Leandra</u>			
PROLENE							



FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

SERVIÇO DE ANESTESIA

Nome: EDUARDO dos Santos Rodrigues de Silva

Procedimento: Tratamento de fratura de tíbia e fêmur

Sala: 15

Alergia: Não

Data: 15/01/2024

Cirurgião: Dr. Paulo P.

Observações: ISAI

Agentes	Unid	15	30	45	1h	1h30	2h	2h30	3h	3h30	4h	4h30	5h	5h30	6h
1 <u>Bupivacaína 0,5%</u>		<u>135ml</u>													
2 <u>Diluição 1:1</u>		<u>100ml</u>													
3 <u>Cloridrato de Lidocaína 1%</u>															
4 <u>Diluição 1:1</u>															
5 <u>Fentanila 100mcg/ml</u>															
6 <u>Diluição 1:1000</u>															
7 <u>Diluição 1:1000</u>															
8 <u>Oxigênio 100%</u>															
9															
10															
11															
12															
13															
Oxigênio															
AR/N2O															
Volatil															

Acesso Vascular

☒ Periférico

Cat. Venoso nº G

☐ Dificuldade aces. venoso

Gastos cateteres

☐ Central

Via Aérea

☐ Cateter nasal

" IDT nº

☐ LMA nº

Monitorização:

☒ Cardioscopia

☒ PANI

☒ Oxímetro de pulso

☐ ETCO2

☐ Outros

Anestesia:

☐ Geral Venosa

☐ Geral Balanceada

☒ Raqui-anestesia

☐ Peridural

☐ Bloqueio Periférico

☐ Outros

Decúbito: DDA

SP02 (%)	ETCO2 (mmHg)
<u>100/100/100/100/100/100</u>	<u>40/40/40/40/40/40</u>
Aces. Venoso	<u>SAI</u>
Aces. Venoso	<u>SAI</u>
Diálise	
Perdas Sanxiferas	

Assinatura do Anestesiologista

Assinatura do Cirurgião



centro cirúrgico

Nome do Paciente: <u>JOÃO VASCONCELOS PEREIRA</u>		
Diagnóstico pré-operatório: <u>FRATURA DE PUNHO</u>		
Operação - Tipo: <u>PLATEAU</u>		
Cirurgião: <u>DR. JOÃO VASCONCELOS PEREIRA</u>	1º Assistente: <u>DR. CARLOS</u>	
2º Assistente:	3º Assistente:	
Instrumentador(a):	Anestesiista:	Anestesia:
Anestésico(a):		
Data da Operação:	Início:	Fim:
Diagnóstico Pós-operatório: <u>FRATURA DE PUNHO</u>		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Preenchimento,
Punção SCS, Anestesia, Aspiração
+ Auto-sugestão de 10 minutos
antes da reunião para 24
horas antes da reunião
para o encontro e preparação
de 10 minutos antes

Mod. 76 HUT

TC 1,38
281 9092889163

MATRICULA 27065251-5 FATORA Nº 1788362
MÊS/ANO 9/2019

NOME/ENDEREÇO
MORADOR FRANCISCO DE C R SILVA
PROPRIETÁRIO: FRANCISCO DA C R DA SILVA
RUA ROSANA NERES, 2593-PARQUE BRASIL-TERESINA-PI-cnp:64012009

LOCALIZAÇÃO 018-00029-007440 GRUPO 018 NÚMERO DO HODÔMETRO Y18S467198

HISTÓRICO DE CONSUMO
MÊS/ANO TIPO LÍQUO ENTREGADO
08/2019 1.130 00 18
07/2019 1.130 00 18
06/2019 1.130 00 18
05/2019 1.130 00 18
04/2019 1.130 00 18
03/2019 1.130 00 18
02/2019 1.130 00 18

DATA LETURA
ANTERIOR 27/08/2019 11
ATUAL 25/09/2019 13

CONSUMO MÊS/MO 10
MÊS/ANO 13.5741,520 = 1.67
CÓDIGO 113.5741,520 = 8.53

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA
RESIDENCIAL
FATURA DE CONSUMO MÊS/MO (M)
VALOR REFERENTE ÁGUA - 62,92
Juros de financ. PARCELAMENTO 016/040
Juros de PARCELAMENTO 016/040
MULTA DO PARCELAMENTO 016/040
PARCELAMENTO 016/040
TOTAL A PAGAR 113,57

DESCRIÇÃO
VALOR REFERENTE ÁGUA - 62,92
Juros de financ. PARCELAMENTO 016/040
Juros de PARCELAMENTO 016/040
MULTA DO PARCELAMENTO 016/040
PARCELAMENTO 016/040
TOTAL A PAGAR 113,57

NOTIFICAÇÃO
Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasiona a suspensão dos serviços.
conforme Lei Federal nº. 8.446/02, Art. 40, inciso V, e Lei 3.967/03, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO MMS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	ANÁLISES REALIZADAS	ANÁLISES EM CONFORMIDADE	ANÁLISES EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2878	2877	1	1,39	0,2-5,0 mg/L
ODORAPARENTE	3197	3178	19	4,51	Inferior a 15
PH	2852	2813	39	6,84	6,00-9,50
TURBIDEZ	3204	3180	24	1,39	Inferior a 5
COLORIMETRIA TOTAL					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO MMS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	ANÁLISES REALIZADAS	ANÁLISES EM CONFORMIDADE	ANÁLISES EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESQUEMÁTICA DOU	1145	1144	1	Ausência	Ausente
	1145	1145	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO 25/09/2019 HORA DA EMISSÃO 09:51

TC 1,38 281 9092889163

MATRICULA 27065251-5 FATORA Nº 1788362
MÊS/ANO 9/2019

VERIFICADO 07/09/2019 VALOR A PAGAR 113,57

82650000001-1 13571535000-9 00201900178-9 83620100504-5



*** AVISO DE DÉBITO ***

Prezado cliente,
Não identificamos o pagamento do(s) débito(s) abaixo 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.

VALOR (R\$)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

041-074-483-20 Francisco das Chagas Rodrigues da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE 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):

Francisco das Chagas Rodrigues da Silva 041-074-483-20
Revisor Rua Rosana Henriques 2393 059
Piedade Brasil R. N. S. S. 01012-009
8699513-1120

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3828 CONTA: 00022193 9 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 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 assinado, 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 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-lo, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CONTA: 3828-013.00022192-8
NOME: FRANCISCO DAS CHAGAS RODRI
CPF: 04107448320

COD. OPERAÇÃO: 274100302

OPERAÇÃO REALIZADA COM
SUCESSO

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003748/2019-40

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Esp. pelo Registro: Narceiza De Maria Chaib Lima

Data/Hora: 30/09/2019 - 11:48

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV; POTY VELHO, Nº:

Complemento

Data/Hora

03/09/2018 - 21:33

Bairro

PARQUE BRASIL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES DA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1192331

Mãe: ANTONIA RODRIGUES DA SILVA

Endereço: AV; ROSANA NERE, Nº 1924

Bairro: MONTE ALEGRE

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 125 FAN ANO 2007, PLACA-LWD-3645-PI, DE SUA PROPRIEDADE, RELATA QUE TRAFEGAVA NA VIA ACIMA CITADO QUANDO UM CARRO NAO IDENTIFICADO BATEU NA MOTO DA VITIMA CAIU, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. PRONTUARIO.165276. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat.
ESCRIVÃO DE PO

FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Luccy Kelko Leal Ramalho
Delegado Geral da Polícia Civil
Mat.: 196.331-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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:

041-074-483-20 Francisco das Chagas Rodrigues da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE 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):

Francisco das Chagas Rodrigues da Silva 041-074-483-20
Revisor Rua Rosaura Henriques 2393 059
Piedade Brasil R. N. S. S. 01012-009
8699513-1120

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3828 CONTA: 00022193 9 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (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 assinado, 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 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-lo, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Juazeiro, PI 03.10.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CONTA: 3828-013.00022192-8
NOME: FRANCISCO DAS CHAGAS RODRI
CPF: 04107448320

COD. OPERACAO: 274100302

OPERACAO REALIZADA COM
SUCESSO

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

Rio de Janeiro, 21 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190566031

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 03/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES DA SILVA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 3828

Conta: 0000022193-9

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



Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190566031

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 03/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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: 15/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03828

CONTA: 000000022193-9

Nr. da Autenticação BF026A1618B0ABBB

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0343558/19

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES D/

CPF: 041.074.483-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/09/2018

Titular do CPF: FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES DA SILVA : 041.074.483-20

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: 03/10/2019
Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES DA SILVA
CPF: 041.074.483-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES DA SILVA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190566031 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES DA SILVA **Data do acidente:** 03/09/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA NA TIBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO).
ALTA. (P2/3/5/6FC/7/8/9FC)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Francisco das Chagas Rodrigues da Silva
Data do Acidente: 03-09-2018 CPF da vítima: 041.074.483-20
Portador da documentação: Francisco das Chagas Rodrigues da Silva
Qualificação do Portador: ☒ Vítima ☐ Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:
Endereço do portador: Rua Rosana Henri
Número: 2593 Complemento: Maré Alegre Bairro: Pangum Brasil
Cidade: Petropolis UF: Pi CEP: 54012-009 Telefone: (88) 99613-1180
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: 03.10.2019
Identidade: 1.192.331
Assinatura: Francisco das Chagas Rodrigues da Silva

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)
☐ Comprovações (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: 03.10.2019
Nome: Carla Maria
Assinatura: [Assinatura]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170550709 Nº 013937169090
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 921898339 EXERCÍCIO 2019

NOME
FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES DA S.
ILVA

CPF / CNPJ 04107448320 PLACA LWD-3645

PLACA ANT / UF CHASSI 9C2JC30707R165995

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NENHUMA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ANO FAB. 2007 ANO MOD. 2007

CAP / POT / CL 002P/124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
1ª IPVA
2ª
3ª PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 36,04 DCF (R\$) 4,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 40,04 DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES
A/FID CONSORCIO MAC HONDA LTD

TERESINA DATA 22/5/2019

ARAC MARTINS DO REGO LOBATO
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

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

PI Nº 013937169090 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 22/5/2019
VIA 1 CPF / CNPJ 04107448320 PLACA LWD-3645

RENAVAM 921898339 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN
ANO FAB. 2007 OUT. TIME 09 Nº CHASSI 9C2JC30707R165995

PRÊMIO TARIFÁRIO
PNS (R\$) 36,04 DENATRAM (R\$) 4,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40,04

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 ICOP (R\$) 0,32 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 84,58

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 17/05/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.808/0001-04

Nascimento
04/05/1972

Nome
FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES DA SILVA

Número
041.074.483-20



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES DA SILVA
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 1.192.331

DATA DE EXPIRAÇÃO 08/05/08

Nome FRANCISCO DAS CHAGAS RODRIGUES DA SILVA

Matrícula

ANTONIA RODRIGUES DA SILVA

ADERSON ALVES DA SILVA

NATURALIDADE

BURITI DE INACIA VAZ-MA

DOC. CIVIL

CERT. NASC. 5122 L A14 F 25V

EXP AFONSO CUNHA-MA 24/12/98

TERCEIRA-PI

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83