



Dados do Chamado	01 N° do chamado 17198	02 Data do chamado 11/05/19	03 PRO (código) 9908	04 Saída do PA 13415	05 Chegada ao local 1356
Local da Ocorrência	06 Saída do local 14111	07 Chegada ao 1º hospital 14127	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Dados do Paciente	10 Endereço AV. Zéquinha Triste	11 Bairro Vale Verde Térrea	12 Município-UF THE	Código IBGE	
	13 Ponto de referência Comercial Carvalho				
	14 Nome Antônio Francisco Neves de Oliveira			15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 3- Ignorado	
	16 Idade 31,273	1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 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	
Acidente de Transporte	19 Vítima 1- Pedestre 2- Condutor 3- Passageiro 9- Ignorado	20 Meio de locomoção 1- A pé 2- Automóvel 3- Motocicleta 4- Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1- Automóvel 2- Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL 5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 5- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum	24 Sinais Vitais Pulse 94 Resp. PA 100/60 TAX. Sat ₂ 96	25 Local da lesão
Hospital de Destino	26 Pupilas 1- Igualas 2- Desiguais	27 Pulso Radial 1- Cheio 2- Fino 3- Ausente	28 Sangramento 1- Sim 2- Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Leve 3 Moderada 7 Intensa Sem Dor 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
Observações Interdisciplinar	30 Fratura 1- Sim 2- Exposta 3- Fechada 2- Não 4- Suspeito	31 Procedimentos realizados (1- Sim 2- Não) Aspiração Prancha longa/curta Oxigênio Colar cervical Curativos Kred	Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	Glicemia 109 Acesso Venoso 3FD 40/2 Medicamentos a) b) _____ c) _____	32 Hospital de Destino MV7
	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		35 DEPARTAMENTOS DE SINISTRA DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO Não Reinado	
	<p><i>Pct sefreu corte de mto el poste, atrofia gdn.</i> <i>Consciente, orientado, expresso em em mente,</i> <i>com reag.</i></p> <p><i>Dr. José Roberto</i> <i>05/05/2019</i></p>				
	Socorristas Médico Ana Michele AE/TE Vanessa Alva		Enfermeira Renata Almeida Condutor Wanderley Almeida		
	Responsável pela recepção				



HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: #6 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-00

PROFISSIONAL

OK

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA		Prontuário: 510832
Mãe: RAIMUNDO NONATO OLIVEIRA	Pai: MARIA DAS GRACAS NEVES OLIVEIRA	
End. Resid.: RESID DOM AVELAR QD-U-1 CASA 02 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 20/12/1973	Idade: 45a4m22d	Sexo: Feminino
Responsável: TAYNRA	CNS: 898003902868068	
Profissão: DEPOSITO CERAMICA	Documento: RG: 1181530 - S3P-PI	
G. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 721189	Entrada: 11/05/2019 14:24:10	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC EXAME: Crânio + Cervical + Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU TUMOGRAFIA COMPUTADORIZADA			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: AGRESSÃO	Classificação: Mecanismo de trauma significativo	DATA: 11/05/2019	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, COLISÃO COM POSTE. COSCENTE, DESORIENTADO, EUPNEICO, MANTENHO IMOSILIZAÇÃO POR COLAR E PRANCHA. SEM ACOMPANHANTE.		ALINE ENAIRA DA SILVA COREN PI - 280368 Entr: 11/05/2019 14:13:51	

SSVV: (Hora: :)	Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	TMC: 0,00 Kg/m2	P脉: bsp	Pressão: mmHg
------------------	---------------	----------------	-----------------	---------	---------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CHOQUE COM POSTE HÁ 2 HORAS, TRAZIDO PELO SAMU EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA, USAVA CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS OU OTORRAGIA. ESTAVA ALCOOLIZADO. REFERE DOR EM OMBRO DIREITO.

- A) VIAS AEREAIS PERTURBADAS, FASICO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
- B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS. PULSO: 64 BPM, SA: 02:38%, FP: 16 DIAF
- C) AC: RR, 2T, RNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO, NÃO APRESENTA DOR A DESCOMPRESÃO BRUSCA. SEM SINAIS DE PERITONITE.

Diagnóstico Inicial: ?	RADIO-X REALIZADO
---------------------------	-------------------

Exames Complementares: (1214349) - T.C. DE CRÂNIO (1214350) - T.C. DE COLUNA CERVICAL	DATA: 11/05/2019
---	------------------

Prescrição Médica: <i>Ortopedia</i>	RADIO-X REALIZADO
--	-------------------

Motivo da Alta/Encerramento: Observação (Adulto)	DATA: 11/05/2019	HORA: 14:43:55
---	------------------	----------------

Assinatura Paciente ou Responsável	DÉPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	ANTONINO NETO COELHO MD/BS CRM 4330 Em: 11/05/2019 14:43:55
------------------------------------	--	--

15 AGO 2019	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI
-------------	---



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002416/2019-49

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

Data/Hora: 26/06/2019 - 12:09

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

5415/19

Data/Hora

11/05/2019 - 13:45

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

VALE QUEM TEM

Endereço

AV; ZEQUINHA FREIRE, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA

RG: 1181530

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Mãe: MARIADAS GRAÇAS NEVES OLIVEIRA

Endereço: RESID. DOM AVELAR. QD.U.1, CASA 02,CONJ. DOM AVELA, Nº

Bairro: VALE QUEM TEM

Cidade: TERESINA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CBX 200 STRADA, ANO 2001, PLACA-LWJ-5851-PI, RENAVAM-00758239386, DE PROPRIEDADE:FRANCISCO DE SALES VIEIRA DE CARVALHO, CPF-497.251.063-34, INFORMA QUE VINHA NA VIA ACIMA CITADA, QUANDO UM CARRO NAO IDENTIFICADO, INVAFIU A PREFERENCIAL E BATEU NA MOTO CAUSANDO A COLISAO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. PRONTUARIO:510832. DECLARAÇÕES PRESTADAS PELO NOTICIANTE.

Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat. 0091120
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
 709.009.063-91 Antonio Francisco Neves de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: Antonio Francisco Neves de Oliveira 709.009.063-91
 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
 auxiliar de depósito CJ Dom Melo Q-01 G02 02 Casa
 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
 Vale Quem Tem Teresina PI 64057-560
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: 2004	CONTA: 94552	(Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	(Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir)			(Informar o dígito se existir)		

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quanto ao valor da indenização permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a realização da avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2019

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 deu ou nasceu (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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

709.009.063-91

Antônio Francisco Neves de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

6 - CPF:

709.009.063-91

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Av. dos Depósitos

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64057-560

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(86) 99534-6565

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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: 2004

CONTA: 94552

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atende 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 de pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no laudo apresentado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação da invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a realização da avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2019

SEGURO DPVAT
SEGURADORA S.A.
Av. Presidente Kennedy, 465 Loja C
CEP: 64002-470
Fone: (86) 3211-1111

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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não teve filhos? teve filhos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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

40 - Local e Data,

Teresina - Piauí 14/08/19
Antônio Francisco Neves de Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE SALDO

16/07/2019 10 48:36
CONVENIO: 000470368
OPERADOR: ivani

AGENCIA 2004 - AREOLINO DE ABREU, P
CONTA: 013 00094552-7
ANTONIO FRANCISCO NEVES D

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

RESUMO DO DIA

SALDO DISPONIVEL

SALDO BLOQUEADO

SALDO TOTAL

SALDO DISPONIVEL C/LIMITES

DISQUE CAIXA - 0800 726 0101
OUVIDORIA - 0800 725 7474

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

15 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

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

Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190482198

Vítima: ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 11/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

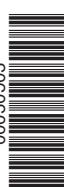
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190482198

Vítima: ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 11/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 0000094552-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 29/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 00000094552-7

Nr. da Autenticação BE51C2BEE120C9F7

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0280830/19

Vítima: ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA

CPF: 709.009.063-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/05/2019

Titular do CPF: ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA : 709.009.063-91

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: 15/08/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/08/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa

PROCURAÇÃO PARTICULAR

15 AGO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Antônio Francisco Neves de Oliveira			
RG: 5.581.530	ORG. EMISSOR: SSPPIPI	D. EXPEDIÇÃO: 10/06/19	
CPF: 709.009.063-9	ESTADO CIVIL: Casado	PROFISSÃO: Aux. deposito	
ENDEREÇO: C5 Dom Aurelio S/N QD01 L-02		Nº: 02	
COMPLEMENTO: casa	BAIRRO: Vale Quem Tem		
CIDADE: Terezina	ESTADO: Piauí	CEP: 64057-000	TELEFONE:

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: Nelle Rege Soares Marques			
RG: 4.119.263	ORG. EMISSOR: SSP/PI	D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14	
CPF: 840.173.173-91	ESTADO CIVIL: Solteiro	PROFISSÃO: Revisor	
ENDEREÇO: Rua 24 de Janeiro		Nº: 544	
BAIRRO: Centro	CIDADE: Teresina	UF: PI	CEP: 64000-235

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS – DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA :

Antonio Francisco Reves de Oliveira

Data do acidente de trânsito : 31/05/2019

Cobertura da vitima: Invalidez

LOCAL / DATA : Teresina 29/07/2019

~~Antônio Francisco Neves de Oliveira~~

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO))

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira



CARTÓRIO TÉCNICO DE NOTAS
3º OFÍCIO DE SÍLVA
Mádia Górdova Bonastra
Escrivana - PI
Teresina - PI

CHADON CONSULTORES
CONSULTORES DIGITAL



TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Data: 15/08/2019
Assunto: Documento para DPVAT
Assinatura: *[Signature]*
Pauta: Minutaria Encaminhada de Nota de Fato

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190482198 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 11/05/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/08/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS DE KIRSCHNER E ALTA MÉDICA. P6.
P6,7,8.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

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 MODERADO DE 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190482198 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 11/05/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS DE KIRSCHNER E ALTA MÉDICA. P6.
P6,7,8.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

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 MODERADO DE 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 4.119.262

DATA DE
EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME
NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO

CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTONIO SOARES JUCUNDE
NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

CRATEUS-CE
DOC. ORIGEM

22/05/1971

CERT. NASC. 529 L A1/F 141
EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI

840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO N° 80.250/83

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

0672293 CARTERA DE IDENTIDADE

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JOÃO DE Deus MARTINS

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

REPUGLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Nelle Rose Soares Marques





Dados do Chamado	01 Nº do chamado 17198	02 Data do chamado 11/05/19	03 PRO (código) 9908	04 Saída do PA 1345	05 Chegada ao local 1356
Local da Ocorrência	06 Saída do local 1411	07 Chegada ao 1º hospital 141213	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Dados do Paciente	10 Endereço AV. Zéquinha Guiné	11 Bairro Valde Queen Team	12 Município-UF THE	Código IBGE:	
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência Comercial Carvalho				
Acidente de Transporte	14 Nome Antônio Francisco Meira de Oliveira	15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 3- Ignorado			
Exame Físico	16 Idade 301273	17 Se idade ignorada, preencha com 999	18 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
Assistência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 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	
Hospital de Destino	19 Vítima 1- Pedestre 2- Condutor 3- Passageiro 9- Ignorado	20 Meio de locomoção 1- A pé 2- Automóvel 3- Motocicleta 4- Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1- Automóvel 2- Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>	
Observações Interdisciplinar	23 Glasgow = 15	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	24 Sinais Vitais Pulso 94 Resp PA 100/60 TAX Sat02 96	25 Local da lesão
	26 Pupilas 1- Igualas 2- Desiguais	27 Pulso Radial 1- Cheio 2- Fino 3- Ausente	28 Sangramento 1- Sim 2- Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10. 0 Sem Dor 3 Leve 6 Moderada 9 Intensa	
	30 Fratura 1- Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 3- Suspeito <input type="checkbox"/>				
	31 Procedimentos realizados (1- Sim 2- Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred	<input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	<input type="checkbox"/> Glicemia 109 3 FD 47010 <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Medicamentos a) _____ b) _____ c) _____		32 Hospital de Destino MV7
	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporio <input type="checkbox"/> Durante o transporte			35 DEPARTAMENTOS DE DPVAT CONTEUDO NAO VE Não Retirar da 15 AGO 2010
	<p>pt sobre coluna direita c/perte, atrofizada, concreto, orientada, expressa-se em amarelo,</p> <p>com concavas</p>				
	Socorristas Médico: Ana Michele AE/TE: Paula Alvaro	Enfermeiro Condutor: Renata Alvaro			
	Responsável pela recepção Assistente: Poliana				

Alta



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Laje C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

NOME DO PACIENTE: Antônio Francisco Neves de Almeida
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 510832

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".



LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA** (Prontuário: 510832)
Endereço: RESID DOM AVELAR QD-U-1 CASA 02 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP 54000-010
Nascimento: 20/12/1973 Idade: 45a4m22d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 721 25
Requisição: 952873 Solicitação: 11/05/2019 Solicitante: ANTONINO NETO COELHO MOTA
Controle: 1214350 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 11/05/2019

T.C. DE COLUNA CERVICAL

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

RELATÓRIO:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICais BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS INTEGRos.
- ARTICULAÇõES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇõES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSõES ANATÔMICAS.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇõES.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: EXAME NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 11/05/2019

WILSONNEY HOLANDA LEAL
CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062
Profissional Responsável

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Vet

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

<u>Name:</u> ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA		<u>Prontuário:</u> 510832
<u>Mãe:</u> RAIMUNDO MONATO OLIVEIRA	<u>Pai:</u> MARIA DAS GRACAS NEVES OLIVEIRA	
<u>End. Resid.:</u> RESID DOM AVELAR QD-U-1 CASA 02 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 20/12/1973	<u>Idade:</u> 45a6m22d	<u>Sexo:</u> Feminino
		<u>Fone:</u> 86-3215-17350
<u>Responsável:</u> TAYNRA		
<u>Profissão:</u> DEPOSITO CERAMICA		
<u>G. Instrução:</u> Médio Completo		
<u>E.Civil:</u> Casado(a)		

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 721189	<u>Entrada:</u> 11/05/2019 14:24:10	<u>Convênio:</u> S U B	<u>Proced.</u> 0301060061
<u>Motivo da Procura</u> conforme Paciente/Acomp.: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTORIZADA)			
<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u>	<u>Classificação:</u>	<u>DATA:</u>	<u>Cor:</u>
AGRESSÃO	Mecanismo de trauma significativo		Laranja
<u>Breve História Clas. Risco:</u>		ALINE BANNA DA SILVA CORON PI - 284368 Enr: 11/05/2019 14:38:41	
VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, COLISAO COM POSTE. CONSCIENTE, DESORIENTADO, EUPNEICO, MANTENDO IMOBILIZAÇÃO POR COLAR E PRANCHAS. SEM ACOMPANHANTE.			

<u>SSVV:</u>	<u>(Hora:</u> :)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	P脉: bpm	Pressão: mmHg

<u>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</u>
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, CHOQUE COM POSTE HÁ 2 HORAS, TRAZIDO PELO SAMU EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA, USAVA CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS OU OTORRAGIA. ESTAVA ALCOOLIZADO. REFERE DOR EM OMBRO DIREITO.

- A) VIAS AÉREAS PERTURBADAS, FASICO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
 B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS. PULSO: 64 BPM, SAT: 92:38%, FR: 16 ISGM.
 C) AC: RR, 2T, RNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLAR A PALPAÇÃO. NÃO APRESENTA DOR A DESCOMPRESÃO BRUSCA. SEM SINAIS DE PERITONITE.

<u>Diagnóstico Inicial:</u>	<u>RADIO-X REALIZADO:</u>
?	

<u>Exames Complementares:</u>	<u>RADIO-X REALIZADO:</u>
(1214349) - T.C. DE CRANIO	DATA: 1/20
(1214350) - T.C. DE COLUNA CERVICAL	TÉCNICO:

<u>Prescrição Médica:</u>	<u>DATA:</u> / / <u>HORA:</u> : :
Gente Seguradora S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Log. C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI	

<u>Motivo da Alta/Encerramento:</u>	<u>DATA:</u> / / <u>HORA:</u> : :
Observação (Adulto)	

<u>Assinatura Paciente ou Responsável</u>	<u>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS</u> <u>DPVAT</u> <u>CONTEUDO NÃO VERIFICADO</u>
	ANTONIO NETO COELHO MOTA CRM 6330 Enr: 11/05/2019 14:43:55

15 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Log. C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



BOLETIM DE ENTRADA - BE

Data: 11/05/2019 14:36:12

Dra. RAINA SAMPAIO
(Estagiária ATENÇÃO)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA		Prontuário: 510832
Mãe: RAIMUNDO NOMATO OLIVEIRA	Pai: MARIA DAS GRACIAS NEVES OLIVEIRA	
End. Resid.: RESID DOM AVELAR QD-U-1 CASA 02 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 20/12/1973	Idade: 45a4m22d	Sexo: Feminino
Responsável: TAYNRA	CNS: 698003902858066	
Profissão: DEPOSITO CERAMICA	Documento * CPF: - - -	
G. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Casado(s)	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 721189	Data: 11/05/2019 14:24:10	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S D S
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Tipico: Não
		CID Secundário: V29

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: AGRESSÃO	Evento Principal: Mecanismo de trauma significativo	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Laranja
Breve História: VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, COLISÃO COM POSTE. CONSCIENTE, DESORIENTADO, EUPNÉTICO, MANTENDO IMOBILIZAÇÃO POR COLAR E FRANÇA, SEM ACOMPANHANTES.		Profissional Clas. Risco: ALINE SAMPAIO DA SILVA COREN PI - 284368 Ent: 11/05/2019 14:36:12	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____ : ____)

Relato paciente: 11/05/19

Auxílio de moto
05/15,02/PA

CC de origem: malha J

CC de colar elástico: 87 mm de volta

PA _____ mmHg	P脉搏: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
---------------	------------	---------------	--------------

Diagnóstico Inicial:

ED: - na área anatomicamente da axila
alta de níveis

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: / / .

HORA: : .

Se Internação, indique o Procedimento e CID

Procedimento

CID

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <u>Antônio Francisco N. Oliveira</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>Fratura de FP de 5º QD(?)</u>		
Operação - Tipo <u>Redução cirúrgica + fixação percutânea com fios K</u>		
Cirurgião <u>Dra. Brunete</u> <small>Brumete Ortopedista-Tratamento CRM-4345/TERESINA</small>	<small>Assistente</small>	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(s)		
Data da Operação	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Paciente em DD21 sob anestesia
- 2) Preparo habitual
- 3) Redução cirúrgica + fixação percutânea com fios K em FP de 5º QD(?) sob nádega esq
- 4) Fita tipo lava



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: Antônio Francisco N. de Oliveira Sal: 06 Alerg: Dissipores Data: 13/05/19
Procedimento: fratura - 5º quarto do dízimo Cirurgião: Bruno Freire Observações:

Agenotes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 MDZ	Grx												
2 fentanil	Somar												
3 Citanamina	50												
4 propofol	100 mg												
5													
6 Ropivacaína	7	Zona											
7 0,5%	gr												
8													
9													
10													
11													
12													
13													
r Anio	SL/mi	02											
Anest20													
Volutil	%												

Acesso Vascular

- Periférico
- Cat. Venoso nº G
- Dificuldade aces. venoso
- Catetos / cateteres
- Central

Via Aérea

- Cateter nasal
- IOT nº
- LMA nº

Monitorização:

- Cardíoscópio
- PANI
- Oxímetro de pulso
- ETCO2
- Outros

Anestesia:

- Geral Venosa
- Geral Balanceada
- Requianesthesia
- Peridural
- Bloqueio Periférico
- Outros Sedação

Decubito: deitado

SPO2 (%)
ETCO2 (mmHg)

SPO2 100% 500 ml

Aces. Venoso

Aces. Venoso

Diurese

Perdas Sanguíneas

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2019

GENTE SEGUROADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 465 Lote C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Descrição da Anestesia:

Da Anestesia: via Canálico
Monitoreamento
CRM - PI 3819

Do Cirurgião: Monitoreamento de Cervelo
Monitoreamento de Fígado
CRM - PI 3819

Sedação + bloqueio de perna

Anestesiologista



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. N° _____

Proc. N° _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 13.05.19

NOME DO PACIENTE:	<i>Antônio Feo Neves</i>	PRONTUÁRIO N°:	<i>510832</i>
DIAGNÓSTICO:	<i>Fratelaria de díodo</i>	CIRURGIA:	
ANESTESIA:	<i>Bloqueio</i>	Nº DA SALA:	<i>06</i>
CIRURGIÃO:	<i>Enino Ferreira</i>	CPF N°:	
AUXILIAR:	<i>Edudanfe</i>	CPF N°:	
ANESTESIA:	<i>Votenov</i>	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	<i>Maria José</i>	CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	24	UNID.	01
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº	300	PAR	01
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº	305	PAR	01
AGULHA RAQUE	UNID.	6		LUVA DE PROCEDIMENTO		PAR	04
ALCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE		ML	200
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO		ML	100
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA		ML	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC		UNID.	01
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC		UNID.	01
ESPARADRAPO	CM	70		SERINGA 5CC		UNID.	01
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC		UNID.	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	500ML	FRASCO	03
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL		UNID.	—
JELCO Nº	20	01		escova		03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				elito do	05		
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				crepom	02		
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:	<i>Geresinha Ferreira</i>		
PROLENE							

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Capão de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



2045 / 21

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856código da
internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNS

5828856

238845

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA	6 - Prontuário: 510832
7-CNS: 898003902869068	8-Nascimento: 20/12/1973
9-Sexo: Feminino	10-RG: 1181530 - SEP-PT
11-Mãe: RAIMUNDO MONATO OLIVEIRA	12-Fone: 86-99572-7398
13-Resp: TAYMRA	14-Cor: Parda
15-Ender: RESID DOM AVELAR QD-U-1 CASA 02 - CONJ. DOM AVELAR - CEP: 64000-010	16-Munic: TERESINA
17-Cod. INGE: 221100	18-UF: PI
	19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Mentre a exauteira de dedo esquerdo
quebrou o dedo no

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coimbra de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

21 - Condições que justificam a internação:

Fratura

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura de outros dedos

24-CID Prim.

25-CID Sec.

26-CID Terc.

5626

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

0408020342 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISIARIA DAS PALÂNGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO)

29-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:
02 01 CPF 877.154.063-68

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: 34-Data Solicitação:
FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA 11/05/2019

REDACTED
GENTE SEGURADORA S.A.
REDACTED

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-SC. Bilhete:	31-CPF/CCN:
37-() Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	(3)-CHAR. Empresarial:	34-CEP:
38-() Acidente Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () MEI/Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento: 49-Num. Documento:

() CNS () CPP

50-Ass.Certimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (RAYANE GALVÃO)
Consulta Social: 123123
Consulta SUS:
Supervisor: 123456789012345

X Rayane Galvão da Silva



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Antônio Francisco Nunes de Oliveira

NOME DO PACIENTE

PRONTUÁRIO

CLÍNICA

ENF. OU APT

LEITO

DATA DE NASCIMENTO

04/08

04/08

04/08

04/08

04/08

UNIDADE DE SAÚDE:

ALÉRGIAS:

MÉDICO ASSISTENTE

HORÁRIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

OBSERVAÇÕES

DATA / HORA DA PRESCRIÇÃO

15/08/2019

- 1 - Dieta geral
- 2 - SR 0,9% 500ml EV de 12/12h
- 3 - Dipirona 01 amp + ADEV 1/1h
- 4 - Ferrotum 20mg + ADEV 17/17h
- 5 - Rantitida 50mg + ADEV 1/1h
- 6 - Pias 101,5mp + I DEV 8/8h
- 7 - CCCG + SSVV

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Alencar, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64002-470
Teresina-PI

Dr. Antônio F. Oliveira
Dr. Cláudia B. Góes
Fis. Dr. Cláudia B. Góes
Dr. Fábio Góes
Dr. Góes

MÉDICO / CRM:



LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO FRANCISCO NEVES DE OLIVEIRA** (Prontuário: 510632)
Endereço: RESID DOM AVELAR QD-U-1 CASA 02 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 20/12/1973 Idade: 45a4m22d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 721169
Requisição: 952873 Solicitação: 11/05/2019 Solicitante: ANTONINO NETO COELHO MOITA
Controle: 1214349 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 11/05/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- DISCRETO ALARGAMENTO DIFUSO DOS SULCOS CORTICais, FISSURAS SYLVIANAS E CISTERNAS CEREBRAIS, COM ECTASIA DO SISTEMA VENTRICULAR, POR EFEITO EX-VÁCUO (DISCRETA "REDUÇÃO VOLUMÉTRICA ENCEFÁLICA DIFUSA").
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 11/05/2019

WILSONNEY HOLANDA LEAL

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062

Profissional Responsável

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

[Handwritten signature]

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Juánuino de Sales Vieira de Carvalho,
RG nº 14015432000,8, data de expedição 05/02/2019,
Órgão MA PI 42, portador do CPF nº 497251063-34, com
domicílio na cidade de Teresina PI, no Estado de
PI Teresina, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Prefeito Hugo Bastos, nº 9540, complemento B. Vale que Tem,
declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de
minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Antônio Francisco Neves de Oliveira.

Veículo: Honda CBX 200
Ano: 2001 - 2001
Modelo: CBX Strada
Placa: LWT 5851
Chassi: 9CZMCQ7001R016851
Data do Acidente: 31/05/2019

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
15 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Local e Data: Av. Zéquinha Freire, B. Vale quem tem proximo
comercial Carvalho 31.05.2019 Horas 13:45
Juánuino de Sales Vieira de Carvalho

Assinatura do Declarante

Cartório
Teresina
Término
Assinatura

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lourdes Nepomuceno, 1079 - Centro - Teresina-PI - Fone: (86) 3225-5199 - Email: assentos@cartorioteresina.com.br
Titular: Anaílza Gonçalves de Sampaio Freire

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCO DE SALES VIEIRA DE CARVALHO. DOU FÉ. EM TESTE 200 DA VERDADE.
Teresina-PI, 27/05/2019.
www.tjpi.jus.br/portalextra.

Maria Elvira Cardoso Sousa - Escrivãe Vende Autorizado
Emol.: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 211
DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Juánuino PI 27.05.2019

comunipol
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marechal Deodoro, 159 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-85 | Inscrição Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impostos autorizado pela Sefaz/PI 06/98.

Para contato
concedido, informe
sua NÚMERO:

SEU ENDEREÇO
0051869-7

Nº da Nota Fiscal 023654306

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.478 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	02/07/2019	205	208,95

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	20555	Atual: 25/06/2019
Anterior:	20350	Anterior: 24/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 25/07/2019
Consumo Médio:	205	Emissão: 24/06/2019
Consumo Faturado:	205	Apresentação: 25/06/2019
Forma de Faturamento: NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo: 32

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Ref.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	196

HISTÓRICO kWh	DESCRIPÇÃO DA CONTA
Maior consumo	CONSUMO 205 A R\$ 0,918442 = 188,28
MAI/19 204 CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	15,19
ABR/19 178 CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00	0,81
MAR/19 243 MULTA POR ATRASO 05/19-00	3,79
FEV/19 297 JUROS POR ATRASO 05/19-00	0,88
JAN/19 365 ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,44	
DEZ/18 57	
NOV/18 0	
OUT/18 96	
SET/18 299	
AGO/18 232	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
8 A 205 - R.617497

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Lote C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

OPÇÃO DE REAISSEMENTO VENCIMENTO MENSAL

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 24/06/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode emitir suas faturas de vencimento dia sua hora, nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, só ligar e escolher por qual dia deseja emitir suas faturas.

RESERVADO AO FISCO CA09.200B.54C4.130C.1850.EFF8.7664.8374

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	37,03	Base de Cálculo:	188,28
Energia:	71,55	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	12,10	Valor do ICMS:	50,83
Encargos:	5,92	Valor do PIS:	1,40%
Tributos:	61,68	Valor do COFINS:	1,93
			8,92

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIC	FIC		DMIC		DICK	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03
Realizado	0,00			0,00			0,00

Conjunto TERESINA-MACAUBA Período de geração: 04/2019 BISQ: 62,87

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Rose Soares Marques inscrito(a) no CPF/CNPJ 840.173.173-91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Francisco Neves ^{de Oliveira} inscrito (a) no CPF sob o Nº 709.009.063-91 do sinistro de DPVAT cobertura I PA da Vítima Antonio Francisco Neves ^{de Oliveira} inscrito (a) no CPF sob o Nº 709.009.063-91 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurso Renda: Recurso e apresento os documentos constados no anexo, DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO.

* Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.



Endereço	Rua 24 de Janeiro	Número	Sala
Bairro	Centro	Estado	CEP
Email	Cidade	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

Local e Data

Teresina, 14 de Agosto de 2019
Assinatura do Declarante