

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200251444

Vítima: ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA

Data do Acidente: 19/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA

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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200251444

Vítima: ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA

Data do Acidente: 19/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 899.266.093-68 4 - Nome completo da vítima: Antonio Francisco Batista Moreira

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

5 - Nome completo: Antonio Francisco Batista Moreira 6 - CPF: 899.266.093-68
7 - Profissão: Padeiro 8 - Endereço: RS Judite Nunes 20-6 BL-09 9 - Número: 101 10 - Complemento: Apartamento
11 - Bairro: Póla Mundo 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PE 14 - CEP: 64038-305
15 - E-mail: luanseguros@hotmail.com 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)

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1987 CONTA: 415027 0 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no 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 filho? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

39 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Teresina - PE 06/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Antonio Francisco Batista Moreira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador, (se houver)



AUTOATENDIMENTO - AG AREOLINO DE ABREU

DATA: 08/11/2019

HORA: 10:49:04

TERMINAL: 20041024

CONTROLE: 200410240267

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 1987 013.00115027-0

NOME: ANTONIO FRANCISCO B MOREIRA

TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: [REDACTED]

TELEFONE DEPOSITANTE: 86 9534-6565

NÚMERO DO ENVELOPE: 181413027

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios.

SAC CAIXA: 0800-726 0101

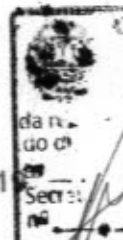
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



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

1270 v. 1.1



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.001304/2019-1

Complementar ao BO Nº: 106495.001303/2019-74

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: Moizes Pereira Diniz Filho

Data/Hora: 15/08/2019 - 11:10

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

595187

Data/Hora

19/07/2019 - 08:00

DP DE BARRAS

Tipo Local

OUTROS

Município

BARRAS

Endereço

DELEGACIA DE BARRAS - PI, Nº:

Complemento

Bairro

PREJUDICADO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3027813

Endereço: BARRAS-PIAUI, Nº

Bairro: PREJUDICADO

Cidade: BARRAS

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - YAMAHA. OUTROS

PIH3818

9C6RG3140J0016579

01160611693

Branca

Condutor: ANONIO

Cidade: MATIAS OLÍMPIO UF: PI Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante relata que estava trafegando na rodovia estadual PI que liga a cidade de Batalha e Barras, que fica próximo ao comercial do seu José Antero quando um animal (bode) entrou na pista, que a vítima não conseguiu evitar a colisão, que ao bater no animal perdeu o controle da motocicleta caindo no chão, que devido a queda a vítima machucou o rosto (segundo prontuário médico apresentado), que após o acidente um transeunte que passava pelo local socorreu a vítima levando a mesma para cidade de Barras, a vítima foi atendida e depois transferida para cidade de Teresina -PI, onde foi internada e após alguns dias passou por cirurgia (segundo prontuário apresentado) após a cirurgia a vítima recebeu alta no dia 24/07/2019.

Moizes Pereira Diniz Filho - Mat.
AGENTE DE POL.

ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA - Noticiante
Responsável pela Informação

Lucy Keiko Leal Parreira
Delegada Geral de Polícia Civil-PI
Mat.: 136.333-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 899.266.093-68 4 - Nome completo da vítima: Antonio Francisco Batista Moreira

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

5 - Nome completo: Antonio Francisco Batista Moreira 6 - CPF: 899.266.093-68
7 - Profissão: Paralelo 8 - Endereço: RS Judite Nunes 20-6 BL-09 9 - Número: 101 10 - Complemento: Apartamento
11 - Bairro: Póla Mundo 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PE 14 - CEP: 64038-305
15 - E-mail: luanseguros@hotmail.com 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)

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1987 CONTA: 415027 0 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no 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 (ainda não nasceu)? ☐ 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

impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Teresina - PI 06/11/19

Antonio Francisco Batista Moreira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



SUS

SAMU BARRAS REGISTRO DE OCORRÊNCIA



AMBULÂNCIA AÇIONADA: U.S. 13 DATA: 19/07/19

LOCAL DA OCORRÊNCIA: SAMU Barra

NOME DO PACIENTE: Antonio Francisco Batista Moreira

SEXO: ☒ M ☐ F IDADE: 38 anos

SAÍDA DO P.A.: 09:20 CHEGADA AO LOCAL: 09:21

SAÍDA DO LOCAL: 09:23 CHEGADA AO HOSPITAL: 09:24

- 01- ☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO
02- ☐ AGRESSÃO FÍSICA
03- ☐ URGÊNCIA PSQUIÁTRICA
04- ☐ ENVENENAMENTO
05- ☐ AFOGAMENTO
06- ☐ QUEIMADURAS
07- ☐ CHOQUE ELÉTRICO

- 08- ☐ QUEDA
09- ☐ MAL SÚBITO
10- ☐ URGÊNCIA OBSTÉTRICA
11- ☐ OUTROS
12- ☐ JÁ REMOVIDO
13- ☐ FALSO CHAMADO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

ALERTA ☐
RESPONDE A COMANDO ☐
RESPONDE A DOR ☐
SEM RESPOSTA ☐

PUPILA:

IGUAIS ☐
DESIGUAIS ☐

FALA:

NORMAL ☐
CONFUSA ☐
NENHUMA ☐

PULSO RADIAL:

FORTE ☐
FRACO ☐
AUSENTE ☐

SANGRAMENTO:

AUSENTE ☐
MÍNIMO ☐
MODERADO ☐
INTENSO ☐

SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL 110x90mmHg
PULSO 93
RESPIRAÇÃO sat = 98%

OBSERVAÇÕES

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ☐ ASPIRAÇÃO
☐ OXIGÊNIO
☐ REANIMAÇÃO CÁRIO PULMONAR
☐ CURATIVOS
☐ IMOBILIZAÇÕES DE EXTREMIDADES

- ☐ PRANCHA LONGA
☐ PRANCHA CURTA
☐ KED
☐ COLAR CERVICAL
☐ ASSIST. OBSTÉTRICA

☐ OUTROS

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL

- ☐ MELHORADO
☐ PIORADO
☐ INALTERADO

ÓBITO:

- ☐ ANTES DO SOCORRO
☐ ANTES DO TRANSPORTE
☐ NO TRANSPORTE

HOSPITAL DE DESTINO: H. R. L. M.

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DO HOSPITAL

SOCORRISTA

1.43.348 28289116121908

MATRÍCULA 28305540-5 FATURA Nº 150217062 MÊS/ANO 1/2020

NOME/ENDEREÇO MORADOR VALQUIRIA DA SILVA LOUREIRO

CON JUDITE NUNES Q---G-BL-09-AP-101-PEDRA MIUDA-TERESINA-PI cep:64038305

LOCALIZAÇÃO 011-00036-000355

GRUPO 011 NÚMERO DO HIDRÔMETRO A16F181096

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS / ANO	TIPO	LIDO	FATURADO
12/2019	Lido	12	12
11/2019	Lido	15	15
10/2019	Lido	08	10
09/2019	Mínimo	00	00
08/2019	Lido	03	10
07/2019	Lido	03	10

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
1 Residencial - Normal

CONSUMO MÊS M3 13

LEI 12.741/2012
PIS/PASEP 06,24x1,65% = 1,41
COFINS 06,24x7,68% = 6,53

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)
0	12 5,0668 86
18	25 5,7120 80
25	999999 9,8610 80

DESCRÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

VALOR REFERENTE AGUA - 47,80	REF.	VALOR
> Residencial-Normal	13,0 m3	47,80
VALOR DE ESGOTO - 38,24		
> Residencial-Normal	13,0 m3	38,24

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)

VENCIMENTO 28/01/2020 TOTAL A PAGAR 86,04

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM
NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 2 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais nº. 11.445/2007, Art. 40, Inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO/LITRE	2994	2988	6	1,33	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	3255	3238	17	4,47	Inferior a 15
TURBIDEZ	2177	2142	35	6,51	6,00-9,50
COLIFORMES TOTAIS	3258	3230	28	3,25	3,0-5,0

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCHECHIA COL	1371	1371	0	Ausencia	Ausencia
	1371	1371	0	Ausencia	Ausencia

DATA DA EMISSÃO: 16/01/2020 HORA DA EMISSÃO: 12:19

1.43.348

28289116121908

MATRÍCULA 28305540-5 FATURA Nº 150217062 MÊS/ANO 1/2020

VENCIMENTO 28/01/2020 VALOR A PAGAR 86,04

82610000000-7 86041535000-5 00202015021-1 70620100104-9



*** AVISO DE DEBITO ***

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.

MÊS/ANO	VENCIMENTO	VALOR (R\$)	MÊS/ANO	VENCIMENTO	VALOR (R\$)
12/2019	27/12/19	78,86			
11/2019	05/12/19	106,60			

energia
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão, 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Inscrição Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ 06/98

Para contato
consulte o informe
sobre o NÚMERO

SEU CÓDIGO

0051869-7

Nº da Nota Fiscal 023654306

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

CONTA MÊS JUNHO/2019 VENCIMENTO 02/07/2019 CONSUMO (kWh) 205 TOTAL A PAGAR (R\$) 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		DATAS DA LEITURA	
	kWh		
Atual:	20555	Atual:	25/06/2019
Anterior:	20350	Anterior:	24/05/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	25/07/2019
Consumo Medido:	205	Emissão:	24/06/2019
Consumo Faturado:	205	Apresentação:	25/06/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	32
	Código de Irregularidade:		

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Porte	Código Fat. Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1 196

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

TARIFA SEM TRIBUTOS:
2 A 205 - 0,617497

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

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

Você pode seguir estas dicas de vencimento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por meio dos nossos canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO		CA09.200B.54C4.130C.185D.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:	6,49%		
			8,92		
INDICADORES DE CONTINUIDADE					
DIC			FIC	DMIC	DICR
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23
Realizado	0,00			0,00	
Conjunta TERESINA - MACAUBA			Período de apuração:	04/2019	EUSO: 62,87

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/BIBLIOTECASWEB/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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio Francisco Batista inscrito (a) no CPF sob o Nº 899.266.093/68 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Antonio Francisco Batista inscrito (a) no CPF sob o Nº 899.266.093/68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

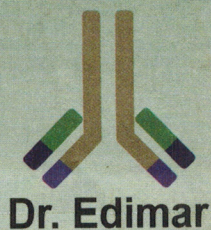
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua 24 De Janeiro</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>Sala</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 06 de Novembro de 2019
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante



CLÍNICA MACHADO

RELATÓRIO MÉDICO

Oclusões que autômico Francisco
Bazilha Moreira, foi vítima de acidente de
trânsito, fato ocorrido em 19.04.2014 às
800H. Teve sofrido forte trauma facial,
curtando com fraturas que atingiu o
nariz, onde foi realizado cirurgicamente
a fratura da ossos da face, com alta defi-
nitiva, relato com sequelas: cefaleia
insistente, Intolerância alimentar, com
comprometimento funcional de 70%

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirúrgica
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PI

07.07.2020

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva

Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929

RELATÓRIO MÉDICO

Declaramos que Antonio Francisco
Baptista Moreira, fcc vítima de acidente
de trânsito, foto ocorreu em 19.07.19 às
8:00hs, onde sofreu forte trauma na
face, curando esse osso do nariz,
tendo sido tratado de forma conven-
cional, complacimento com fisio-
terapia, com alta definitiva, nota-
ta com sequelas, fortes dores
com limitação do ato investigatório.
com comprometimen-
to funcional de 70%

Edimar

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirurgia
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PJ

08.12.2019

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia



SUS

SAMU BARRAS REGISTRO DE OCORRÊNCIA



AMBULÂNCIA ACIONADA: U.S.B DATA: 19/07/19
LOCAL DA OCORRÊNCIA: SAMU Barra
NOME DO PACIENTE: Antonio Francisco Batista Moreira
SEXO: ☒ M ☐ F IDADE: 38 anos
SAÍDA DO P.A.: 09:20 CHEGADA AO LOCAL: 09:21
SAÍDA DO LOCAL: 09:23 CHEGADA AO HOSPITAL: 09:24

- 01- ☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO
02- ☐ AGRESSÃO FÍSICA
03- ☐ URGÊNCIA PSQUIÁTRICA
04- ☐ ENVENENAMENTO
05- ☐ AFOGAMENTO
06- ☐ QUEIMADURAS
07- ☐ CHOQUE ELÉTRICO

- 08- ☐ QUEDA
09- ☐ MAL SÚBITO
10- ☐ URGÊNCIA OBSTÉTRICA
11- ☐ OUTROS
12- ☐ JÁ REMOVIDO
13- ☐ FALSO CHAMADO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

ALERTA ☐
RESPONDE A COMANDO ☐
RESPONDE A DOR ☐
SEM RESPOSTA ☐

PUPILA:

IGUAIS ☐
DESIGUAIS ☐

FALA:

NORMAL ☐
CONFUSA ☐
NENHUMA ☐

PULSO RADIAL:

FORTE ☐
FRACO ☐
AUSENTE ☐

SANGRAMENTO:

AUSENTE ☐
MÍNIMO ☐
MODERADO ☐
INTENSO ☐

SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL 110x90mmHg
PULSO 93
RESPIRAÇÃO sat = 98%

OBSERVAÇÕES

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ☐ ASPIRAÇÃO
☐ OXIGÊNIO
☐ REANIMAÇÃO CÁRIO PULMONAR
☐ CURATIVOS
☐ IMOBILIZAÇÕES DE EXTREMIDADES

- ☐ PRANCHA LONGA
☐ PRANCHA CURTA
☐ KED
☐ COLAR CERVICAL
☐ ASSIST. OBSTÉTRICA

☐ OUTROS

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL

- ☐ MELHORADO
☐ PIORADO
☐ INALTERADO

ÓBITO:

- ☐ ANTES DO SOCORRO
☐ ANTES DO TRANSPORTE
☐ NO TRANSPORTE

HOSPITAL DE DESTINO

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DO HOSPITAL

SOCORRISTA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA

CARTEIRA DO SUS	CPF	IDENTIDADE
	899.266.093-68	
DATA DO NASCIMENTO	PROFISSÃO	SEXO
38 ANOS		M
ENDEREÇO:	NÚMERO: SN	
TELEFONE	MUNICÍPIO	ESTADO
	TERESINA	PI
BAIRRO:	CEP: 64100-000	

FILIAÇÃO
PAI: JOSÉ ANTONIO DAVI
MÃE: FRANCISCA BATISTA MOREIRA

DADOS SOBRE ATENDIMENTO

DATA DO ATENDIMENTO: 9/07/2019
HORA: 09:24

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Paciente com dor abdominal em região de epigástrio, com início súbito, associado a náuseas e vômitos. Não há febre, diarreia ou alteração de hábitos intestinais. História de hipertensão arterial sistêmica em uso de medicação regular.

GL:
P A: 130 x 90 mmHg
TP°C:
STO2: 95%
F.C:
P: 93 bpm

DIAGNÓSTICO

Pré-eclâmpsia

TRATAMENTO REALIZADO

Paracetamol 500mg - 1 comprimido
Ceftriaxona 1g - 1 injeção
AS 10:30
300mg. 1000ml de soro 0,9% NaCl
diálise - 1 hora em 616H
Broncodilatador - 1 injeção de 318H

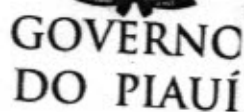
PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐ CONSULTA BÁSICA CURATIVO	☐ AEROSO	☐ RETIRADA DE PONTO
☐ DRENAGEM DE ABCESSO	☐ PRESSÃO ARTERIAL	☐ RAIOS X
☐ RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	☐ SUTURA CIRURGICA	☐ MOBILIZAÇÃO
☐ PEQUENA CIRURGIA	☐ ECG	

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE BARRAS
HOSPITAL REGIONAL LEONIDAS MELO



**Hospital Regional
Leônidas Melo**

FOLHA DE EVOLUÇÃO

FOLHA DE EVOLUÇÃO			
NOME DO PACIENTE:	Antonio Francisco Batista Moreira	LEITO / ENFERMARIA	Nº PRONTUÁRIO
NOME DO MÉDICO:	Dra. Mexida	04/04	

DATA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA
19/07/19	11.12.15 - Paciente em observação neste setor, consciente e orientado, com excoriações no face e dor de mandíbula pós-operatório. Regularização de burtas, após limpeza e hidratação.	

Maria do Socorro Sampaio Pessoa
 ENFERMEIRA
 COREN-PI 421.110
 CRB 304.3237 5892.00

Praça Mons. Elhor Boson, Nº 210 Centro CEP: 64.100-000 Barras/PI Fone: (86) 3242-1336
 CNPJ: 12.627.470/0001-69
 E-mail: hrleonidasmelo@hotmail.com



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELO /
BARRAS - PIAUÍ

SUS



HOSPITAL REGIONAL
LEÔNIDAS MELO

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME Antonio Francisco Batista Moreira

IDADE _____ SEXO ☒ MASC. ☐ FEM. CLÍNICA ☐ AMBULATÓRIO ☐ INTERNADO

ENDEREÇO Teresina

DADOS CLÍNICOS _____

DADOS SOLICITADOS (NO MÁXIMO TRÊS)
Rx mio artro

DATA _____ ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE
[Assinatura]

ESTE EXAME É PAGO PELO SUS É PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA
CENTRAL DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO DO SUS
PRAÇA JOÃO LUIZ FERREIRA, 227 - FONE (86) 3221-1440 / TERESINA-PI

DATA _____

ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE (CARIMBO E ASSINATURA)



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

A/TD

NOME DO PACIENTE: Antonio Francisco Batista Moreira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 517255

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".

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 19/07/2019 14:53:24
(User: PABLO DANTAS)
(Estação: CONSULPA03)

Nome:	ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA			Prontuário:	517255
Mãe:	FRANCISCA BATISTA MOREIRA			Pai:	JOSE ANTONIO
End.Resid.:	QD G BL 09 AP 101 - PARQUE PORTAL DA ALEGRIA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010				
Nascimento:	04/12/1981	Idade:	37a7m15d	Sexo:	Masculino
Responsável:	ANA ROSA-ESPOSA			Fone:	86-99902-5643
Profissão:	PADEIRO			CNS:	898003740511461
G. Instrução:	Médio Completo.			Documento:	CPF: 899.266.093-68
				E.Civil:	Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	731857	Entrada:	19/07/2019 14:35:14	Convênio:	S U S	Proced:	0301060029
Motivo da Procura	(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC						
Condução:	AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR						

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
		Indefinido
Breve História Clas. Risco:		
TOMOGRAFIA REALIZADA DATA 19/07/19 HORA 15:20h EXAME CCI CRÂNIO + FACE TECNÓLOGO: [Assinatura]		

SSVV: (Hora: :)

Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m2 Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, HÁ APROXIMADAMENTE 4 HORAS, SEM USO DE CAPACETE NO MOMENTO DO ACIDENTE. TRAZIDO PELA AMBULANCIA DE BARRAS EM USO DE COLAR CERVICAL MAL POSICIONADO. USO DE ALCOOL.

- A) VIAS AÉREAS PÉRVIAS, EM USO DE COLAR CERVICAL MAL POSICIONADO
B) SatO2: % (AO AR AMBIENTE); EUPNEICO; AP: MURMÚRIOS VESICULARES PRESENTES BILATERALMENTE, SIMÉTRICOS, SEM RA;
C) PA: mmHg; FC: BPM; AC: RR EM 2T, BNF, SS. AUSÊNCIA DE SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, FLÁCIDO; INDOLOR À PALPAÇÃO, SEM SINAIS DE PERITONITE. PULSOS FORTES E SIMÉTRICOS, SEM TURGÊNCIA JUGULAR. TEMPO DE ENCHIMENTO CAPILAR <2s;
D) GLASGOW 13NT; PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES; SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADAS. NEGA PERDA

Diagnóstico Inicial:

CID:

Exames Complementares:

- (1264512) - T.C. DE COLUNA CERVICAL
(1264513) - CRÂNIO
(1264514) - FACE (03 INCID)

0404020542
CID: 50e.2

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

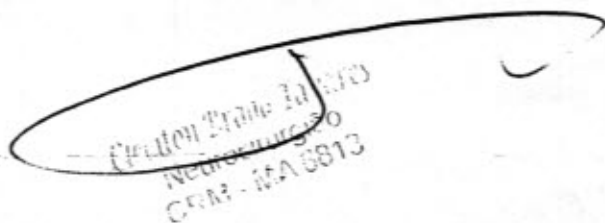
PABLO DANTAS ALENCAR
CRM: 6306 Em: 19/07/2019 14:53:24

100 / 19.07.19 / 128

100 + 75.000.000

51.000.000

" 51.000.000



BUCCO # 19/07/2019 às 18:30:

Paciente vítima de acidente motociclístico, sem o uso de capacete no momento do acidente. Encontra-se consciente, orientado físico. Ao exame clínico apresenta laceração em região do nariz, base alar (E), mento e intraoral inferior; Apresenta crepitação dos ossos maxilares. Ao exame por imagem - TC de face, pode-se confirmar a presença de Fratura dos ossos maxilares.

CD: Sutura + Internação pela BUCCO.

Dr. Aline Sousa
Esp. Cirurgia e Traumatologia
Bucco Maxilo Facial
CRO-PI 4254





**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

UNIDADE DE SAÚDE:

[illegible]

MÉDICO / CRM:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Antonio Francisco Batista IDADE _____ anos DATA 23/07/2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 09 hs 10 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDACÃO
 CIRURGIA REALIZADA Fuist. m nariz CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>117 / 74</u>	<u>134 / 67</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>116</u>	<u>97</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>79.9</u>	<u>95.1</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Adelina</u>	<u>ME Aparecida Coutinho COREN-PI 100517 - ENF</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Movimenta dois membros	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☐	2 ☒
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐	0 ☐
ESCALA DE DOR ADMISSÃO			TOTAL	<u>10</u>		<u>10</u>
ESCALA DE DOR ALTA			ASS.	<u>ME Aparecida Coutinho COREN-PI 100517 - ENF</u>		<u>ME Aparecida Coutinho COREN-PI 100517 - ENF</u>

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasog () Nasoe
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
09:10 Admitido no SRPA em POF de 1to viagem para
fuist. m nariz. submetido a sedação. Conscientizado, cefaleia
expressa despertando ac com 79.1 sat. Foi com curativo
limpo.
10:40 volta do SRPA
 PRESCRIÇÃO MÉDICA
 ALTA SRPA
 HORÁRIO
 ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()
 POSTO () 11 () 12 () 13 () EMERGÊNCIA PED. UTI () IPED () INEIRO () GERAL () 14 () TOQUEIM CLÍNICA () IPED () TORT. INEIRO () CIR () IMÉD

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente Antônio Francisco Batista Moreira

Diagnóstico pré-operatório Fratura dos ossos próprios do nariz - OPN

Operação - Tipo Redução incruenta dos ossos nasais.

Cirurgião Dr. Matias 1º Assistente

2º Assistente 3º Assistente

Instrumentador(a) Anestesista Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação 23/07/2019 Início 08:25 Fim 08:45

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Antissepsia e asepsia;
- 2) Aproximação dos ossos;
- 3) Redução incruenta da fratura dos ossos nasais;
- 4) Colocação do tampão nasal anterior;
- 5) Curativo.

Dr. Matias Araújo da Silva
Cirurgião: Boca Maxila Facial



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: Antônio Francisco Batista Moura Sala: 0104 Data: 23/07/2019
Procedimento: Cirurgião: Observações:

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 <u>midazolam</u>		<u>5mg</u>											
2 <u>ketorolac</u>		<u>25mg</u>											
3 <u>propofol</u>		<u>10mg + 50mg</u>											
4 <u>propofol</u>		<u>02 ampolas</u>											
5 <u>flumazenil</u>		<u>03 ampola</u>											
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
Oxigênio	<u>2litros</u>												
AR/N2O													
Ventil	%												

Acesso Vascular
☒ Periférico
Cat. Venoso nº G
☐ Dificuldade aces. venoso
Gastos cateteres
☐ Central

Via Aérea
☐ Cateter nasal
☐ IOT nº
☐ LMA nº

Monitorização:
☒ Cardioscopia
☒ PANI
☒ Oxímetro de pulso
☐ ETCO2
☐ Outros

Anestesia:
☐ Geral Venosa
☐ Geral Balanceada
☐ Raquianestesia
☐ Peridural
☐ Bloqueio Periférico
☐ Outros

Decúbito:

SPO2 (%)	<u>99</u>	<u>100</u>
ETCO2 (mmHg)		
Aces. Venoso		
Aces. Venoso		
Diurese		
Perdas Sanguíneas		

Handwritten notes on grid:
- Top left: X (1)
- Middle left: 150
- Middle: 100
- Bottom left: 50
- Bottom: RE, RE
- Right side: 100, 50, 100, 50
- Bottom right: 100, 50, 100, 50

Descrição da Anestesia:

Realizado monitorização do paciente e check-up de material de anestesia. Realizado sedação leve e amnésia com recuperação espontânea do paciente para a sala de recuperação.

Dra. Ana Beatriz Cardoso F. Romero
Anestesiologista
CRM - PI 58445
Anestesiologista



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 23/07/19

NOME DO PACIENTE:	Antonio Francisco B. Monteiro	PRONTUÁRIO Nº:	517255
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Sedação	Nº DA SALA:	08
CIRURGIÃO:	Dr. Matias	CPF Nº:	
AUXILIAR:	Perid.	CPF Nº:	
ANESTESIA:	Dr. Ana Beatriz	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Terezinha Azevedo	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI Nº 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	50	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	—	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	—					
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							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Genildo			
PROLENE							



NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
Autore F. Batista Morais	577235		POC	Corredor	
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE BUCOMAXILO		
2: DITH Fratura Nasal			OBSERVAÇÕES		
PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO				
DATA: 20/07/19 HORA: 7:00					
1) Dieta líquida pastosa			12h- Paciente apresentando		
2) SF 0,9% 1000 ml, EV, para 24h			pico hipertensivo; infama-		
3) Cefalotina 1g+AD, EV de 6/6h			do a infecção do plantar		
4) Decadron 4mg+AD, EV de 8/8h			do a infecção do plantar		
5) Dipirona sódica 500mg, 1 amp+ AD, EV de 6/6h			do a infecção do plantar		
6) Ranitidina 50mg 1 amp+AD, EV de 8/8h			do a infecção do plantar		
7) Tilatil 20 mg + AD EV de 12/12h			do a infecção do plantar		
8) Higiene oral com clorexidina 0,12% 2x dia			do a infecção do plantar		
9) SSVV + CCGG			do a infecção do plantar		

Wm. C. C. C. C.



PPREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE

Antônio Francisco Batista Moreira

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES

Fratura dos ossos nasais

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA: 19/04/2019 HORA: 18:40

1) Dieta líquida pastosa

Visto Nutricionista

2) SF 0,9% 1000 ml, EV, para 24h; Lima CRN/PI 6725

3) Cefalotina 1g+AD, EV de 6/6h

4) Decadron 4mg+AD, EV de 8/8h

5) Dipirona sodica 500mg, 1 amp+ AD, EV de 6/6h

6) Ranitidina 50mg 1 amp+AD, EV de 8/8h

7) Tilatil 20 mg + AD EV de 12/12h

8) Higiene oral com clorexidina 0,12% 2x dia

9) SSVV + CCGG

PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
514355	04/12/81	MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE		
ALERGIAS		BUCOMAXILOFACIAL		
		OBSERVAÇÕES		
		88:10 - Encaminhado ao PE por		
		em ECG, supnicio sem Q2 super		
		mentar, hemodinamicamente bo-		
		ta (130x80mmHg) - Nepraler		
		qtes e comorbidades. Com ANP		
		periva. Com 2° via de presci-		
		ção.		
		Th. Hiperlipidemia de Freitas Soares		
		CRN/PI: 461403		
		Admitido no Posto de Neg.		
		apenas alguns no momento. Pac.		
		está aguçado consciente, orientado,		
		físico, expulso. Divrese espontâ-		
		nea.		
		Jucélia Aguiar da Silva		
		Enfermeira		
		CORREN - PI 177.884		

Dr. Antônio Soares
Esp. Cirurgia Traumatológica
Bom-Maxilo-Facial
CRO-PI 4254

SUMÁRIO DE ALTA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Prontuário:
517255

Internação:
243429

Nome: **ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA**

End. Resid.: QD G BL 09 AP 101 - PARQUE PORTAL DA ALEGRIA

Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-010

Sexo:
 Masculino

Nascimento:
 04/12/1981

Idade:
 37a7m15d

Estado Civil:
 Casado(a)

Profissão:
 PADEIRO

Internação

Alta

Permanência

Data
 19/07/2019

Hora
 21:07

Data

Hora

24/07/19

08:00

Diagnósticos:

CID Principal:

fratura da costela do nariz

Cod.CID:

S	0	0	2

CID Secundário:

CID Causa Morte:

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):

sem sinais de infecção

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

sem sintomas

MEDICAÇÕES:

Atorfanol, Antibiótico.

CIRURGIA:

Data:

23/07/19

Tipo:

Redução cirúrgica do OPN

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Tipo de Alta:

() Curado

(X) Melhorado

() Pedido

() Evasão

() Administrativa

() Óbito

() Transferência outro serviço

() Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por:

Transporte:

Nome:

Dr. Maria Antônia da Silva
 Cirurgião Bucal
 Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0476253

Nelle Roze Soares Marques

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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

DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

CRATEUS-CE

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 529 L A1/F 141

EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI

840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/63 - DECRETO Nº 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



POLEGAR DIREITO



Antonio Francisco Batista Moreira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 3.027.813 DATA DE EMISSÃO 06/06/07

NOME ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA

DECLARAÇÃO

FRANCISCA BATISTA MOREIRA
JOSÉ ANTONIO

NATURALIDADE

FORQUILHA-CE

DATA DE NASCIMENTO 04/12/1981

CERT. CASAM. 2682 L 811 F 06
EXP FORQUILHA-CE. 27/07/00

RECIMA - PI

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.118 DE 28/09/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição 899.266.093-68

Nome ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA

Nascimento 04/12/1981

REALIZAÇÃO

Emissão MAI/2010

Carteiro de uso pessoal e transitório.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

CORREIOS

DENATRAM

DETRAN - PI Nº **012651436420**
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 0120180321639

VIA **1** COD. RENAVAM **01160611693** RNTRE **2018** EXERCÍCIO **2018**

NOME
ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIR A

CPF/CNPJ **89926609368** PLACA **PIH-3818**

PLACA ANT./UF **-** CHASSI **9C6RG3140J0016579**

ESPECIE TIPO **9C6RG3140J0016579** COMBUSTÍVEL **ALCO/GASOL**

DETRAN - PI Nº **012651436420**
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 0120180321639

VIA **1** COD. RENAVAM **01160611693** RNTRE **2018** EXERCÍCIO **2018**

NOME
ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIR A

CPF/CNPJ **89926609368** PLACA **PIH-3818**

PLACA ANT./UF **-** CHASSI **9C6RG3140J0016579**

ESPECIE TIPO **9C6RG3140J0016579** COMBUSTÍVEL **ALCO/GASOL**

MARCA/MODELO **YAMAHA/YBR150 FACTOR ED** ANO FAB. **2018** ANO MOD. **2018**

CAP/POT/CIL **02P/0149CC** CATEGORIA **PARTIC** COR PREDOMINANTE **BRANCA**

COTA ÚNICA **00000000** VENC. COTA ÚNICA **1º IPVA** VENC./COTAS **2º PAGO**

FAIXA I.P.V.A. **00000000** PARCELAMENTO/COTAS **00000000**

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) **SEGURO** IOF (R\$) **PAGO** DATA DE PAGAMENTO **06/08/2018**

OBSERVAÇÕES
PBT: 000.30
ALIENACAO FIDUCIARIA
BANCO YAMAHA MOTOR DO BRASIL S/A

LOCAL **TERESINA** DATA **06/08/2018**

PI Nº **012651436420** BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvatseguroc.otransito.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO **2018** DATA EMISSÃO **06/08/2018**

VIA **1** CPF / CNPJ **89926609368** PLACA **PIH-3818**

RENAVAM **01160611693** MARCA / MODELO **YAMAHA/YBR150 FACTOR ED**

ANO FAB. **2018** CAT. TARIF. **9C6RG3140J0016579**

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) **033,86** DENATRAM (R\$) **003,76** CUSTO DO SEGURO (R\$) **037,62**

CUSTO DO BILHETE (R\$) **004,15** IOF (R\$) **000,30** TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) **079,72**

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO **03/08/2018**

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.138/0001-04
www.seguradoralider.com.br

FEV-2016

SEAO MARTINS DO REGO LORRAO
 DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

Data da solicitação: 08-07-2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA

CPF do beneficiário: 89926609368

Nome do solicitante: ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA

CPF do solicitante: 899266093-68

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (86) 99930-0605
DDD

Tel. Comercial: ()
DDD

Tel. Residencial: ()
DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is)
documentos estão
sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

ESTOU COM SEQUELAS
GRAVÍSSIMA

TENERINA PI 08-07-2020
Local e Data

*ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0198255/20

Vítima: ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA

CPF: 899.266.093-68

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 19/07/2019

Titular do CPF: ANTONIO FRANCISCO
BATISTA MOREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA : 899.266.093-68

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: 15/07/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2020
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Antonio Francisco Batista Moreira
 RG: 3.027.813 ORG. EMISSOR: SSP/PI D. EXPEDIÇÃO: 31/07/18
 CPF: 899.266.093-68 ESTADO CIVIL: Casado PROFISSÃO: Padre
 ENDEREÇO: RS Tudele Nunes QD-6 BL-09 AP 611 Nº:
 COMPLEMENTO: Apartamento BAIRRO: Pedra Branca
 CIDADE: Teresina ESTADO: Piauí CEP: 64038-303 TELEFONE:

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: NELLE ROZE SOARES MARQUES
 RG: 4.119.262 ORG. EMISSOR: SSS/PI D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14
 CPF: 840.173.173-91 ESTADO CIVIL: SOLTEIRA PROFISSÃO: RECUSO
 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 Batista Moreira

Data do acidente de trânsito: 31/07/2019

Cobertura da vítima: Integral

LOCAL / DATA: TERESINA-05-11-19

x Antonio Francisco Batista Moreira

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

ARTIGO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 05/11/2019. RENO: XAL81532-BTY6 WWW.CJPI.JUS.BR/PORTALEXTA.

Jessica Aline de Menezes Silva ESCRIVENTE AUTORIZADA EMOI: 3.85 TJO: 0.77 FIMP/PI: 0.10 Selo: 0.26 Total: 4.98 - OP: 321

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO 3º OFÍCIO DE NOTAS Jessica Aline de Menezes Silva ESCRIVENTE AUTORIZADA Teresina-PI

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0198255/20

Vítima: ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA

CPF: 899.266.093-68

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 19/07/2019

Titular do CPF: ANTONIO FRANCISCO
BATISTA MOREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

ANTONIO FRANCISCO BATISTA MOREIRA : 899.266.093-68

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: 15/07/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2020
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa