
Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190355849

Vítima: MARIA RAIMUNDA DA CONCEICAO VIEIRA

Data do Acidente: 05/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA RAIMUNDA DA CONCEICAO VIEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190355849 Vítima: MARIA RAIMUNDA DA CONCEICAO VIEIRA

Data do Acidente: 05/09/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARIA RAIMUNDA DA CONCEICAO VIEIRA

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

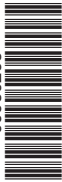
Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ UAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

099.845.483.41

Maria Raimunda da Conceição Vieira

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

Nome completo:

Maria Raimunda da Conceição Vieira

CPF:

099.845.483.41

Profissão:

Lavadeira

Endereço:

Rua Alta Alegre

Número:

531

Complemento:

Alto da Cruz

Bairro:

Alto da Cruz

Cidade:

São Pedro do Piauí

Estado:

Piauí

CEP:

64430-000

e-mail:

Recusou-se

Tel.(DDD):

(86) 9978.6008

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

RENDA MENSAL:

☒ PEQUENO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (337)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3827

(Informe o dígito se existir)

CONTA: 26606

(Informe o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informe o dígito se existir)

CONTA:

(Informe 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 ou meu dependente tiver direito, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Se o optante assinalado, solicita o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, incluindo desde já, em meu subscrito, a avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação de existência e quantificação da lesão permanente decorrente do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prejuízo para o meu direito de indenização, caso discorde do seu conteúdo.

PJ CORRETORA DE SEGUROS

1 MAI 2019

DPVAT

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

 Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou herança (valores)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem sua condição, ainda que qualquer união ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: São Pedro do Piauí - PI 27.05.2019

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria Raimunda da Conceição Vieira

Assinatura de vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença da Seguradora LIDER, apresentando-se com a identificação do imóvel (caso do conteúdo), antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPÓSITO

10/04/2019 HORA: 11:16:24
DATA EFETIVACAO: 10/04
CONVENIO: 000674591
OPERADOR: Fran001

AGENCIA 3827
CONTA: 013.00026606-6
NOME: MARIA R DA C VILEIRA

VALOR



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ UAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

099.845.483.41

Maria Raimunda da Conceição Vieira

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

Nome completo:

Maria Raimunda da Conceição Vieira

CPF:

099.845.483.41

Profissão:

Lavadeira

Endereço:

Rua Alta Alegre

Número:

531

Complemento:

Alto da Cruz

Bairro:

Alto da Cruz

Cidade:

São Pedro do Piauí

Estado:

Piauí

CEP:

64430-000

e-mail:

Recusou-se

Tel.(DDD):

(86) 9978.6008

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

RENDA MENSAL:

☒ PEQUENO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (337)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3827

(Informe o dígito se existir)

CONTA: 26606

(Informe o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informe o dígito se existir)

CONTA:

(Informe 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 ou meu dependente tiver direito, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Se o optante assinalado, solicita o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, incluindo desde já, em meu subscrito, a avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação de existência e quantificação da lesão permanente decorrente do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prejuízo para o meu direito de indenização, caso discorde do seu conteúdo.

PJ CORRETORA DE SEGUROS

1 MAI 2019

DPVAT

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

 Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

 Vítima deixou herança (valores)? ☐ Sim ☐ Não

 Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem sua condição, estando ciente ainda, de que qualquer união ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de responsabilização criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: São Pedro do Piauí - PI 27.05.2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria Raimunda da Conceição Vieira

Assinatura de vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença da Seguradora LIDER, apresentando-se a ela a ciência do conteúdo do instrumento, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPÓSITO

10/04/2019 11:16:24

DATA EFETIVACAO 10/04

CONVENIO: 10/04
000674591

OPERADOR: Fran001

AGENCIA 3827

382/
CONTA: 013 00026606-6

015 00020005-0
NOME: MARIA R DA C VIEIRA

VALOR



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 134481.000391/2019-81

Unidade de Registro: DP DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Gregório Luiz De Sousa

Data/Hora: 24/05/2019 - 10:18

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE ÁGUA BRANCA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

ÁGUA BRANCA

Endereço

AV JOSÉ MIGUEL, Nº: S/N

Complemento

Data/Hora

05/09/2018 - 19:00

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARLENE MARIA DA CINCEIÇÃO

RG: PREJUDICADO SSP PI

Mãe: RAIMUNDA MARIA DA CONCEIÇÃO

Endereço: RUA ALTO ALEGRE, Nº

Bairro: ALTO DA CRUZ

Cidade: SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Telefone(s): 86-8117-0318

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

Nome: MARIA RAIMUNDA DA CONCEIÇÃO VIEIRA

RG: 4.921.823 SSP PI

Mãe: MARLENE MARIA DA CONCEIÇÃO

Pai: ORLANDO VIEIRA COSTA

Endereço: RUA ALTO ALEGRE, Nº 531

Bairro: ALTO DA CRUZ

Cidade: SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Telefone(s): 86 8117 0319

Tipo Envolv.: VITIMA

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

31 MAI 2019

DPVAT

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A noticiante compareceu a esta delegacia de policia civil para comunicar um acidente de transito , envolvendo sua filha e uma motocicleta não identificada; relata a noticiante que sua filha acima qualificada, sofreu um acidente de transito na cidade de Água Branca/PI; a noticiante conta que sua filha estava retornando do colégio na qual estava estudando, e uma motocicleta não identificada juntamente com o piloto , colheu por trás, violentamente sua filha, que caiu no meio da rua , e o piloto desapareceu sem prestar socorro a vítima; a noticiante relata que sua filha ao cair foi socorrida por populares que levaram até o hospital da cidade de Água Branca/PI; que foi examinada e transferida para Teresina. Diante do exposto pede providência por parte desta Delegacia de Policia Civil. Era o Boletim.

Gregório Luiz De Sousa - Mat. 0096920

AGENTE DE POLÍCIA

Gregório Luiz de Sousa
Agente de Policia Civil
Mat. 009692-0

MARLENE MARIA DA CONCEIÇÃO
MARLENE MARIA DA CONCEIÇÃO - Noticiante
Responsável pela Informação



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 134481.000391/2019-81

Delegado de Polícia

Gregório Luiz de Sousa
Agente de Polícia Civil
Mat. 009692-0

marlene mariada de alencar

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
31 MAI 2019
DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ UAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

099.845.483.46

Maria Raimunda da Conceição Vieira

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

Nome completo:

Maria Raimunda da Conceição Vieira

CPF:

099.845.483.46

Profissão:

Lavadeira

Endereço:

Rua Alta Alegre

Número:

536

Complemento:

Alto da Cruz

Bairro:

Alto da Cruz

Cidade:

São Pedro do Piauí

Estado:

Piauí

CEP:

64430-000

e-mail:

Recusou-se

Tel.(DDD):

(86) 9978.6008

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

RENDA MENSAL:

☒ PEQUENO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (337)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3827

(Informe o dígito se existir)

CONTA: 26606

(Informe o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informe o dígito se existir)

CONTA:

(Informe 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 ou meu dependente tiver direito, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Se o optante assinalado, solicita o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, incluindo desde já, em meu subscrito, a avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação de existência e quantificação da lesão permanente decorrente do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prejuízo para o meu direito de indenização, caso discorde do seu conteúdo.

PJ CORRETORA DE SEGUROS

1 MAI 2019

DPVAT

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

 Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Filhos:

Filhos:

Vítima deixou herança (valores)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem sua condição, incluindo ainda, de que qualquer união ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de responder civil e criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: São Pedro do Piauí - PI 27.05.2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria Raimunda da Conceição Vieira

Assinatura de vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença da Seguradora LIDER, apresentando-se a ela a ciência do conteúdo do instrumento, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPÓSITO

10/04/2019
DATA EFFUSIVA
HORA: 11:16:24

DATA EFETIVACAO 10/04

CONVENIO: 10/04
000674591

OPERADOR
Fran001

AGENCIA 3827

382/
CONTA: 013 00026606-6

NOME: MARIA R DA C VIEIRA

VALOR 

USUÁRIO:
RAFAEL

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 11

DATA: 05/09/2018

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

HORA: 20:21:42

COD.: 196119 Paciente: MARIA RAIMUNDA DA CONCEICAO VIEIRA

Nasc.: 28/01/1998

Raça: 99

Idade: 20 Anos, 7 Meses e 8 Dias.

Nome do Pai: ORLANDO VIEIRA COSTA

Nome da Mãe: MARLENE MARIA DA CONCEICAO

Sexo: F

Telefone: (86)93282-1163

Cep: 64460000

Endereço: RUA JOÃO PEDRO VASCONCELOS Bairro: LOTEAMENTO SAMBAHORO

Município: AGUA BRANCA

UF: PI

IBGE Mun.: 2200202

Nacionalidade: BRASILEIRO(A) Município Nascimento: SAO PEDRO DO PIAUI

CNS:

RG Nº:

Orgão Emissor:

Data Emissão: / /

CPF:

COOPERATIVA
DE SEGUROS

31 MAI 2019

DADOS DO ATENDIMENTO

Cód.: 449191 Data: 05/09/2018 20:21:42

Condução: Veículo Proprio ou de Terceiros

Motivo da Procura: NAO INFORMADO Tipo de Atd.: Urgência

Convênio: SUS

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTÓRICO CLÍNICO:

EXAMES FÍSICOS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

TRATAMENTO SOLICITADO:

RAIMUNDO NONATO MONTEIRO

CRM.: 6489PI CNS: 704200278006758

Assinatura do Paciente ou Impressão Digital



Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br
Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8888

Fatura Mensal

MATRICULA 0146343-0		Hidrometro A05N790400		Período de Faturamento MAR/2019	
Nome/Razão Social/Endereço MARLENE MARIA DA CONCEICAO RUA ALTO ALEGRE, 531 ALTO DA CRUZ SAO PEDRO 64430000 AG= 106					
Situação Ativa/Normal	Res. 1	Categoria de Uso Com. Ind. Pub.		Inscrição 105 2 06 0353 0355-000	
Vencimento da Fatura 25/02/2019		Vencimento da Fatura 27/03/2019		Vencimento da Fatura 30	
Histórico de Consumo					
Mês/Ano	Consumo (m³)	Consumo	Consumo		
03/18	1875	19	0		
08/18	1893	18	0		
11/18	1910	17	0		
12/18	1925	15	0		
01/19	1940	15	0		
02/19	1955	15	0		
03/19	1969	14	0		
Período de Faturamento FATURADO P/ CONSUMO NORMAL					
Cód. Responsável 911254072				Cód. de Tarifa 01	
Consumo 14		Consumo 14			
DESCRIÇÃO DA FATURA					
Cód.	Nome do Serviço	Valor (R\$)			
AGUA		50,10			
MULTA IMPONTUALIDADE 001/001		2,53			
JUROS DE MORA 001/001		5,21			
MANUTENCAO HIDROMETRO		1,90			

**DJ CORRETORA
DE SEGUROS**

31 MAI 2019

DPVAT

AVISO DE DÉBITO: 01/04/2019
CONTAS: 2 VALOR: R\$ 119,01
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30
DIAS APÓS VENCIMENTO.

59,80

TIM BLACK

Página 1 de 4

R\$ 215,71

VENCIMENTO

25/04/2019

EMISSION: 07/04/2019

POSTAGEM: 16/04/2019

FATURA: 3759190754

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

RUA SETE DE SETEMBRO, 244

CENTRO

64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI

CLIENTE: 1.67423773

CPF/CNPJ: 84939443352

ACESSO: 86 99999-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

IMPORTANTE PARA ADRIANA

Prezado cliente, excepcionalmente este mês você poderá pagar sua fatura até o dia 28/04/2019, sem cobrança de juros e multa.

RESUMO DA SUA CONTA DE 07/MAR A 06/ABR

Serviços TIM S.A.	VALOR
Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 199,99
CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 5,00
OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 1,00
COBRANÇAS DE OUTRAS OPERADORAS	R\$ 5,00

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007

MENSALIDADES

vantagens que seu plano oferece

Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP)

10 GB de Internet

Minutos locais e DDD com 41

10GB de Internet para Vídeo

TIM Music

TIM Banca Virtual

TIM Backup 30GB

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	-	1	31	07/03 a 06/04	199,99
10GB	-	1	31	07/03 a 06/04	Incluído
Ilimitado	109m54s	1	31	07/03 a 06/04	Incluído
-	-	1	31	07/03 a 06/04	Incluído
-	-	1	31	07/03 a 06/04	Incluído
-	-	1	31	07/03 a 06/04	Incluído
-	-	1	31	07/03 a 06/04	Incluído

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

PREÇO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST:	R\$ 1,01
MS	30%	R\$ 150,00	R\$ 45,30	FUNTEL:	R\$ 0,50
SGOPIFIS - Serviços Telecom	3,65%				
LIQOPIFIS - Serviços Não Telecom	4,65%				
SGOPIFIS - Serviços Não Telecom	9,25%				

atendimento 8141 12/24/2013

a contribuições do FUST (1%) e FUNTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (s)

Franchise(s)	R\$ 145,49
SVA	R\$ 54,50
Desconto(s) Franchise(s)	R\$ 0,00
Desconto(s) SVA	R\$ 0,00

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

31 MAI 2019

DPVAT



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

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000009121536776014

MÊS DE REFERÊNCIA
ABR/2019

DATA DE EMISSÃO
07/04/2019

DATA DE VENCIMENTO
25/04/2019

VALOR
R\$ 215,71

VIA BANCO

8461000002-1 15710109011-4 00375919025-3 40121536776-4

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 88 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA 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 Adriana Lark de Sousa Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.394.433 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Maria Ramundo da Conceição inscrito (a) no CPF sob o Nº 099.845.483 / 41

do sinistro de DPVAT cobertura Integridade da Vítima Maria Ramundo da Conceição e no

inscrito (a) no CPF sob o Nº 099.845.483 / 41 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 4 de Setembro</u>		Número: <u>244</u>	Complemento: <u>Centro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Elestão Veloso</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>64325000</u>
E-mail: <u>carladrianasousa@gmail.com.br</u>			Tel. (DDD): <u>(86) 999816208</u>

Local e Data: Elestão Veloso - Piauí - 27.05.2019

Adriana Lark de Sousa Silva
Assinatura do Declarante





USUÁRIO:
RAFAEL

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA Nº 11

DATA: 05/09/2018

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

HORA: 20:21:42

COD.: 196119 Paciente: MARIA RAIMUNDA DA CONCEICAO VIEIRA

Nasc.: 28/01/1998

Raça: 99

Idade: 20 Anos, 7 Meses e 8 Dias.

Nome do Pai: ORLANDO VIEIRA COSTA

Nome da Mae: MARLENE MARIA DA CONCEICAO

Sexo: F

Telefone: (86)93282-1163

Cep: 64460000

Endereço: RUA JOÃO PEDRO VASCONCELOS Bairro: LOTEAMENTO SAMUEL

Município: AGUA BRANCA

UF: PI

IBGE Mun.: 2200202

Nacionalidade: BRASILEIRO(A)

Município Nascimento: SAO PEDRO DO PIAUI

CNS:

RG Nº:

Orgão Emissor:

Data Emissão: / /

CPF:

UF CORRETORA
DE SEGUROS

31 MAI 2019

DADOS DO ATENDIMENTO

Cód.: 449191 Data: 05/09/2018 20:21:42

Condução: Veiculo Proprio ou de Terceiros

Motivo da Procura: NAO INFORMADO Tipo de Atd.: Urgência

Convênio: SUS

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTÓRICO CLÍNICO:

Pct. Uterina de retroplacenta
de alto representando hemorragia em frente,
Pulsos e dos brônquios. Hemodinamicamente

EXAMES FÍSICOS: Estável.

32220643

34343650

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Transplacental 50,9% EV

Diploplacental 50,9% EV

TRATAMENTO SOLICITADO:

RAIMUNDO NONATO MONTEIRO

CRM.: 6489PI CNS: 704200278006758

Assinatura do Paciente ou Impressão Digital



ÁGUA BRANCA

PREFEITURA DE

ESTADO DO PIAUÍ

PREFEITURA MUNICIPAL DE ÁGUA BRANCA

HOSPITAL MUNICIPAL SENADOR DIRCEU MENDES ARCO VERDE

Mais desenvolvimento pro nosso povo C.N.P.J. 03.022.132/0001-02

Data: 05/09/18

Ent: 05

Leito: 05

CORRETORA
DE SEGUROS
31 MAI 2018

DPVAT

A.A.
05/09/18

ITEM

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

M^a Reimunda da C. Viana

Vítima de Atropelamento

1) Dist. anal 4x1x1

2) STG 9% 1000ml EV, 3000ml

3) D.P. 1mg 1mg + AD, IV, 6H/6h

4) Tegonal 9mg + 1000ml STG 9% EV, 8h/8h S/N 1200

5) Voltaren 75mg 1mg, IM, 12/12h c 22:00pm

6) Dexametasona 4mg AD, IV, 8h/8h c 22:00

7) Cefeto + SSN

Dr. Raphael Melo

Med. 1592

1) Dexametasona - 1mg + 8ml AD - 1mg S/N

2) Voltaren - 1mg + AD EV

Dr. Raphael Melo
Med. 1592

At. Tabela Causa de

At. Tabela Causa de

UPE

Janina Faria S. da Costa
Aux. de Enfermagem
COREN-PI 000000000

CORREPI 9000033



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE-SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO TRANSFERÊNCIA

DATA 8, 3, 18 HORA: 09:45 Nº DO TELEFONE: 86 32821163

HOSPITAL SOLICITANTE: NMSOMA MUNICIPIO Agua Branca

MÉDICO: Dr. Majelha CRM: 661

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetrícia () Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatria ☒ Outro Neuro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Marie Raimunda da Conceição Vieira

Data de Nascimento 23.1.1998 Idade: 20 anos Sexo: () Masculino ☒ Feminino

CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde _____

Município de Procedência Agua Branca

HDA: Atendimento em casa com 10a. Regiao

do Hospital de Agua Branca

HD: Unidade de Tratamento de Doenças CID _____

ESCALA DE GLASGOW: _____

ABERTURA OCULAR

- 4-Espontânea
- 3-Comandos
- 2-A dor
- 1-Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- 5-Orientado
- 4-Confuso
- 3-Palavras inapropriadas
- 2-Palavras incompressíveis
- 1-Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- 6-Obedece a comandos
- 5-Localiza dor
- 4-Movimento de retirada
- 3-Flexão anormal
- 2-Extensão anormal
- 1-Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax. _____ °C P: _____ bpm R: _____ mm PA: _____ mmHg Sat O₂ _____ Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio () Hidratação Venosa
- () Aspiração () Medicação (especificar) _____
- () Curativo () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Assinatura e carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HUT

Clínica/Posto: _____ Senha: 50-40536

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

31 MAI 2019

DPVAT

Ment - Abscon & George Uffere

06/09/88

Timesa. Calypso. Verco sp.

1234

1- 2- Mr	<u>Spoke</u>
2- 56 1/2	<u>10 cc of Distill</u>
	<u>12:50 - 14:50</u>

3- Dept. acc. 179 10:20

5-2

COPIES OF THIS REPORT ARE AVAILABLE FROM THE
NATIONAL ARCHIVES AT COLLEGE PARK, MARYLAND
20740-6001

[illegible]

Arredos de madeira de S. Joao

Grandma - long 100 ml 3007. ev. 08/10

Bureau of
cy + AD 18:00
Jahann

Handwritten signature

As 12-20h, Aspin represent
alguna generalizada Corvina

Ad 17. H2. Europæ x peris
adipæ ex pello / pa. sic
ad munda / ad fura

John

0600 Post. 60000
com o queto no
criação PA - 11K00
mura

Dr. Dárcio Rodrigues
MED 96
CRM-FP 1089

8297 Ave



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Maria Raimundo da Conceição V. Lima
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 487693

2 J CORRETORA
DE SEGUROS

31 MAI 2019

DPVAT

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".

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0012-02

Enfermeiro
COREN-PI 97512

Neurologia
Ortopedia
Cirurgia geral

Imp: 08/09/2018 15:48:08

(User: THAISE ALVES)

(Estado: ACRU1)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARIA RAIMUNDA DA CONCEIÇÃO VIEIRA		Prontuário: 487693	
Mãe: MARLENE MARIA DA CONCEIÇÃO	Pai: ORLANDO VIEIRA COSTA		
End. Resid.: RUA JOÃO PEDRO VASCONCELOS 159 - SAMBAIBA - AGUA BRANCA - PI - CEP: 64460-000			
Nascimento: 28/01/1998	Idade: 20a7m11d	Sexo: Feminino	Fone: 86-99391-4189
Responsável: FRANCISCO	HUT DR. ZENON ROCHA		UNS: 89800333939907
Profissão: ESTUDANTE	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA		Documento: RG: 00000 - SSFI
G. Instrução: Não informado	EXAME: <i>crânio, coluna cervical</i>		Estado Civil: Concubinato
End. Local: - - -	DATA: 08.09.18, às 17.30h		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 683268	Data: 08/09/2018 15:38:51	Condução: AMBULANCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: S U S	
1. Trab.: NÃO	Acid. Trajeto: NÃO	Acid. Trab. Tipico: NÃO
CID Secundario: V299		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	Evento Principal: Evento recente	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Verde
Breve História: VITIMA DE ATROPELAMENTO. CONSCIENTE, ORIENTADA, TRAUMA EM CABEÇA; NEGA HAS E DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.			Profissional Clas. Risco: THAISE ALVES PINTO COREN 312521 Em: 08/09/2018 15:48:07

DADOS CLÍNICOS: (Hora: 16:02)

Paciente vítima de acidente há 2 dias, com hemorragia e perda da consciência no local de acidente. Refere dor em região cervical, ombro e mão direita. Exame físico: A- Vias aéreas patentes, com uso de colar e prancha cervical; B- MVta, sem ruídos adventícios; C- Paciente hemodinamicamente estável, AC com RR, ZT, BNF, S/S; obtusamente; D- Glândulas 15 pupilas isocóricas e fotomogentes; E- Exame físico com queixo, joelho direito e catavento

PA: <u>120</u> X <u>80</u> mmHg	Pulso: <u>80</u>	FC: <u>80</u> bpm	RAIO-X REALIZADO
Diagnóstico Inicial:			DATA: 08/09/2018
			Técnico: <i>Thaís</i>

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

① Dipirona 1g/2ml - 1 AMP + AD. EV, agora; T. latil 20mg - 1 AMP + AD. EV, agora
② Salinidade TC crânio, TC coluna cervical, RX mão direita e RX ombro direito

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: <u>1</u> / <u>1</u> / <u>1</u>	HORA: <u>1</u> : <u>1</u> : <u>1</u>	Se Internação, indique o Procedimento e CID
		Procedimento: <u>0303.04002</u> CID: <u>S04.9</u>

Francisco Antonio Lopes de Moura
Assinatura Paciente ou Responsável

João Luis Mendes de Mesquita
Assinatura Médico
COREN-PI 47390
CONFERE COM O ORDEM

**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

Inp: 08/09/2018 15:49:18

[THAISE ALVES]

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: MARIA RAIMUNDA DA CONCEIÇÃO VIEIRA		Prontuário: 487693	
Mãe: MARLENE MARIA DA CONCEIÇÃO	Pai: ORLANDO VIEIRA COSTA		
End.Resid.: RUA JOÃO PEDRO VASCONCELOS 158 - SAMBAIBA - AGUA BRANCA - PI - CEP: 64460-000			
Nascimento: 28/01/1998	Idade: 20a7m11d	Sexo: Feminino	Fone: 86-99991-4129
Responsável: FRANCISCO	CNS: 898003339399907		
Profissão: ESTUDANTE	Documento: RG: 00700 - SSP/PI		
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Concubinato		
End.Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 683268	Data: 08/09/2018 15:36:51	Clas. Cor: Verde
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/__ :__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: <i>Naungo- 10:30h</i> <i>Acidente de moto com TCE no</i> <i>cara do do do do. STC. Capela</i> <i>Carimbo/Assinatura Solicitante</i>	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__ :__ <i>ECG=15; Trauma</i> <i>torácico. Atualizado pelo</i> <i>Dr. Diego</i> <i>Col: Trauma</i> <i>Carimbo/Assinatura Prof. Parecer</i>	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__ :__	ESPECIALISTA: <i>Dr. Marcos Vinícius</i> <i>CMA 3956</i>
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
<i>Ortopedia</i> <i>Carimbo/Assinatura Solicitante</i>	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__ :__	
<i>Super atropelamento. Dor punho/mão @. Sem deformidade.</i> <i>Rx sem fraturas evidentes</i> <i>Dr. Ass unidades da NCR (TCE)</i> <i>João Luis Nunes de Mesquita</i> <i>Marcos Vinícius</i> <i>SAM 3956</i> <i>Carimbo/Assinatura</i> <i>Dr. Frederico Amaro Leite</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>Cirurgia da Coluna Vertebral</i> <i>CRM-PI 718 TEOT 12489</i>	



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - JUT

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

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 13493 - Em: (10/09/2018)

Interação:	Prontuário:	Paciente:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:			
222453	487693	MARIA RAIMUNDA DA CONCEIÇÃO VIEIRA	CLINICA NEFROLOGIA - P07	ENFERMARIA 213	LEITO 143	CLECITON BRAGA TAVARES			
Evolução:			Diagnóstico/Comorbidades:						
PACIENTE SEM QUEIXAS.			ACE CONTUOSO BIUNIBAL						
ECG: 15, PO-PR-PR, MOVE OS QUATRO MEMBROS.									
TC 109/04/111: CONTUOSO BIFRONTAL EM REFORÇO R SEM DLM									
CONJUNTA: ALTA HOSPITALAR									
06:50									
Seq.	Descrição-Representação/Observação:	Dose:	Unid.	Via:	Int.	Recons:	Dil. Vol.	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL TIPO BRANDA,								08:40hs - Paciente de
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 1000ML SIST FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h				alta hospitalar
2	DIFIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML, FAZER 2ML + 10AD	1,00	Ampola	EV	8/8h		AD		
3	METOCLOPRAMIDA, 5MG/ML, INJ. C/2ML FAZER 2ML + 10AD EM CASO DE NAUSEAS E OU VÔMITOS	1,00	Ampola	EV	8/8h				
4	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML, FAZER 2ML + 10 AD 8/8H	50,00	mg	EV	8/8h				
5	FENTONIA SÓDICA 50MG/ML, INJ. 5ML FAZER 2ML + 100ML SP 0,9% EV 8/8H	1,00	Ampola	EV	8/8h				
6	PARACETAMOL 500MG + CODEÍNA 30MG EM CASO DE DOR DE FORTE INTENSIDADE	1,00	Comprim	Oral	8/8h				
7	TRAMADOL 50MG/ML INJ. 1ML, FAZER EM 100ML SE 0,9% EV - FAZER LENTAMENTE 8/8H EM CASO DE DOR INTENSA	1,00	Ampola	EV	8/8h				
8	HALOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML, EM CASO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA	1,00	Ampola	IM	SN				
9	CAPTOPRIL 25MG SE PAS > 160 E/OU PAD > 100mmHg	1,00	Comprim	Oral	8/8h				
10	MORFINA, 10MG/ML INJ. C/1ML, DILUIR PARA 10 ML AD E ADMINISTRAR 3 ML DE 4/8H SE DOR DE FORTE INTENSIDADE	1,00	Ampola	EV	SN				

Joana Lúcia Fernandes de Mesquita
Matr. 47380
SAÚDE - JUT
CONFIRME COM O OR

Quilodons Gerais e Sinais Vitais
CABECULA 4E SERUS
ALTA HOSPITALAR

Internação:		Prontuário:		Paciente:		Clínica:		Enfermagem:		Leito:		Médico Assistentes:	
222453		487693		MARIA RAIMUNDA DA CONCEIÇÃO VIEIRA		CLINICA NEUROLOGIA - P07		ENFERMARIA 213		LEITO 143		CLECITON BRAGA TAVARES	
Evolução:		PACIENTE SEM QUEIXAS, EIGIL 15, PD-PE-ER, MOVE OS QUATRO MEMBROS. CONDIÇÃO: SOLICITO TC CRÂNIO											
09:00		09:00											
Seq.:	Descrição-Apresentação/observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:				
Dieta	ORAL Tipo BRANDA.								AUT DR. ZENON ROCHA				
1	CLOROTO DE SÓDIO 0,9% (SERO FISIOLÓGICO) 1000ML SIST FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h				EXAME: <i>Pront control</i> DATA: <i>09.04.18, a. 10.</i>				
2	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. FAZER 2ML+ 10AD 8/8H	1,00	Ampola	EV	6/8h			AD	<i>TECNOLOGIA</i>				
3	METOCLOPRAMIDA, 5MG/ML, INJ. C/2ML FAZER 2ML+ 8AD EM CASO DE NÁUSEAS E OU VÔMITOS	1,00	Ampola	EV	8/8h				<i>22:00 Início nado PVP em MSE com relax</i>				
4	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML. FAZER 2ML+ 10 AD 8/8H	50,00	mg	EV	8/8h				<i>22:22. - Nic Refrúcul</i>				
5	FENITOÍNA SÓDICA 50MG/ML, INJ. 5ML FAZER 2ML+ 100ML SF 0,9% EV 8/8H	1,00	Ampola	EV	8/8h				<i>22:22. - Nic Refrúcul</i>				
6	PARACETAMOL 500MG + CODEÍNA 30MG EM CASO DE DOR DE FORTE INTENSIDADE	1,00	Comprim	Oral	8/8h				<i>22:22. - Nic Refrúcul</i>				
7	TERAZADOL 50MG/ML INJ. 1ML. FAZER EM 100ML SF 0,9% EV - FAZER LENTAMENTE 8/8H	1,00	Ampola	EV	SN				<i>22:22. - Nic Refrúcul</i>				
8	EM CASO DE DOR INTENSA HALOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML. EM CASO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA	1,00	Ampola	IM	SN				<i>22:22. - Nic Refrúcul</i>				
9	CAPTOPRIL 25MG SE PAS > 160 E/OU PAD > 100mmHg	1,00	Comprim	Oral	8/8h				<i>22:22. - Nic Refrúcul</i>				
10	MORFINA, 10MG/ML INJ. C/1ML.	1,00	Ampola	EV	SN				<i>22:22. - Nic Refrúcul</i>				

DILVIR RAB
 DO DE FIDE
 Mendel de Mesquita
 Matrícula 47390
 SANE-RUT
 CONFERE COM O ORIGINAL

FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA
CABECEIRA 45 GRAUS
CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITAIS

780, 1000. Bitando
S/ dim
C/O Brewer



FMS

Fundação Municipal de Saúde

PRESCRIÇÃO MÉDICA

maria b. de
clínica reumatológica



HUT

NOME DO PACIENTE:	Alcides Gomes do Nascimento	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENT. em APT.	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	TCE		ALERGIAS	MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE		143
PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORARIO	OBSERVAÇÕES				
DATA: 06/08/2016						
1. Dor no joelho						
2. Sinais de inflamação						
3. História de uso de SFG e uso de UTI						
4. Diagnóstico de Doença Autoimune						
5. História de SFG e uso de UTI						
6. História de SFG e uso de UTI						
7. História de SFG e uso de UTI						
8. História de SFG e uso de UTI						
9. História de SFG e uso de UTI						
10. História de SFG e uso de UTI						
11. História de SFG e uso de UTI						
12. História de SFG e uso de UTI						
13. História de SFG e uso de UTI						
14. História de SFG e uso de UTI						
15. História de SFG e uso de UTI						
16. História de SFG e uso de UTI						
17. História de SFG e uso de UTI						
18. História de SFG e uso de UTI						
19. História de SFG e uso de UTI						
20. História de SFG e uso de UTI						
21. História de SFG e uso de UTI						
22. História de SFG e uso de UTI						
23. História de SFG e uso de UTI						
24. História de SFG e uso de UTI						
25. História de SFG e uso de UTI						
26. História de SFG e uso de UTI						
27. História de SFG e uso de UTI						
28. História de SFG e uso de UTI						
29. História de SFG e uso de UTI						
30. História de SFG e uso de UTI						
31. História de SFG e uso de UTI						
32. História de SFG e uso de UTI						
33. História de SFG e uso de UTI						
34. História de SFG e uso de UTI						
35. História de SFG e uso de UTI						
36. História de SFG e uso de UTI						
37. História de SFG e uso de UTI						
38. História de SFG e uso de UTI						
39. História de SFG e uso de UTI						
40. História de SFG e uso de UTI						
41. História de SFG e uso de UTI						
42. História de SFG e uso de UTI						
43. História de SFG e uso de UTI						
44. História de SFG e uso de UTI						
45. História de SFG e uso de UTI						
46. História de SFG e uso de UTI						
47. História de SFG e uso de UTI						
48. História de SFG e uso de UTI						
49. História de SFG e uso de UTI						
50. História de SFG e uso de UTI						
51. História de SFG e uso de UTI						
52. História de SFG e uso de UTI						
53. História de SFG e uso de UTI						
54. História de SFG e uso de UTI						
55. História de SFG e uso de UTI						
56. História de SFG e uso de UTI						
57. História de SFG e uso de UTI						
58. História de SFG e uso de UTI						
59. História de SFG e uso de UTI						
60. História de SFG e uso de UTI						
61. História de SFG e uso de UTI						
62. História de SFG e uso de UTI						
63. História de SFG e uso de UTI						
64. História de SFG e uso de UTI						
65. História de SFG e uso de UTI						
66. História de SFG e uso de UTI						
67. História de SFG e uso de UTI						
68. História de SFG e uso de UTI						
69. História de SFG e uso de UTI						
70. História de SFG e uso de UTI						
71. História de SFG e uso de UTI						
72. História de SFG e uso de UTI						
73. História de SFG e uso de UTI						
74. História de SFG e uso de UTI						
75. História de SFG e uso de UTI						
76. História de SFG e uso de UTI						
77. História de SFG e uso de UTI						
78. História de SFG e uso de UTI						
79. História de SFG e uso de UTI						
80. História de SFG e uso de UTI						
81. História de SFG e uso de UTI						
82. História de SFG e uso de UTI						
83. História de SFG e uso de UTI						
84. História de SFG e uso de UTI						
85. História de SFG e uso de UTI						
86. História de SFG e uso de UTI						
87. História de SFG e uso de UTI						
88. História de SFG e uso de UTI						
89. História de SFG e uso de UTI						
90. História de SFG e uso de UTI						
91. História de SFG e uso de UTI						
92. História de SFG e uso de UTI						
93. História de SFG e uso de UTI						
94. História de SFG e uso de UTI						
95. História de SFG e uso de UTI						
96. História de SFG e uso de UTI						
97. História de SFG e uso de UTI						
98. História de SFG e uso de UTI						
99. História de SFG e uso de UTI						
100. História de SFG e uso de UTI						

Assinado por: João Carlos Mendes de Albuquerque
Médico: 47390
HUT
CONFIRMAÇÃO: 02/08/2016

MÉDICO/CRM:

Mod: 007

NOME: Renata PRONTUÁRIO: 08 IDADE: 08 ENFERMAGEM/LEITO: 08 DATA: 08/09/2018

SINAIS VITAIS							ENTRADAS			SAÍDAS	
HORA	T	P	R	PA	SAT. O ₂	GLIC. CAP.	HV	HEMO ORAL	SOMDA ORAL	DIURESE	ORENO
12											
18											
24											
06											

ESCALA DE BRADEN:			PONTOS:		CONTROLE:		MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X"	
PERCEPÇÃO SENSORIAL (Limitação):	1 - Totalmente / 2 - Muito / 3 - Levemente / 4 - Nenhuma	4	ALTO RISCO	AR: <12				
UMIDADE (Limitação):	1 - Completamente / 2 - Muito / 3 - Ocasionalmente / 4 - Nenhum	4	MEDIO RISCO	MR: 12 a 14				
ATIVIDADE:	1 - Acamado / 2 - Capela todas / 3 - Andar Ocasionalmente / 4 - Andar Frequentemente	4	BAIXO RISCO	BR: > 14				
NUTRIÇÃO:	1 - Muito pobre / 2 - Adequada / 3 - Adequada / 4 - Excelente	3	CLASSIFICAÇÃO					
FRICÇÃO E CISELAMENTO:	1 - Problema / 2 - Problema Potencial / 3 - Nenhum Problema	3						
TOTAL:								

ESCALA DE MORSE - RISCO DE QUEDA:			PONTOS:	CONTROLE:
1. HISTÓRICO DE QUEDAS: SM - 25 / NÃO - 0		0	SEM RISCO	BR: 0-24
2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SM - 15 / NÃO - 0		0	BAIXO RISCO	BR: 25-50
3. AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO: Mobilidade Parcial - 20 / Mobilidade Restrita - 10 / Nenhum Apoio - 0		0	ALTO RISCO	AR: > 51
4. TERAPIA ENDOWENÇA: SM - 20 NÃO - 0		0		
5. MARCHA: Comprometida / cambaleante - 30 / Fraca - 15 / Normal / Sem desequilíbrio, sem uso de muletas - 0		0		
6. ESTADO MENTAL: Suplemento capacitado / Esquece limitação - 15 / Orientado / Capaz quanto a sua capacidade / Limitado - 0		0		
TOTAL:			00	CLASSIFICAÇÃO:

EVOLUÇÃO / ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	
1. Estado Mental: ☒ Consciente ☐ Orientado ☐ Torporoso	Glasgow: AD / RV / RM =
2. Locomoção: ☐ Deambula ☒ Acamado ☐ Restrito ao leito por orientação ☐ Paralisia ☐ Plegia ☐ Hemiparesia ☐ Déficit Motor	
3. Respiração: ☐ Eupnéico ☐ Dispneico ☐ Taquipnéico ☐ TQT ☒ Sem O ₂ ☐ Com O ₂ :	
4. Sistema Cardiovascular: ☐ JBNR ☐ JBNF ☐ J2T ☐ Normocárdico ☐ Taquicárdico ☐ Bradicárdico ☐ Outros:	
5. Dieta: ☒ VO ☐ SNE/SNG ☐ SOE/SOG ☐ GTT ☐ NPT ☐ Dieta zero ☐ Boa aceitação ☐ Aceita Parcialmente ☐ Não aceita ☐	
6. Abdômen: ☐ Plano ☐ Globoso ☐ Distendido ☐ Flácido ☐ Rígido/Tenso ☐ Timpânico ☐ Doloroso ☐ Indolor ☐ Outros:	
7. Pele e mucosas: ☒ Normocorado ☐ Hipocorado ☐ Ictérico ☐ Integra ☐ Edema/Anasarca ☐ Hidratado ☐ Lesões Bolhosas ☐ Escoriações ☐ LPPs	
8. Hidratação: ☒ JAVP ☐ JAVC ☐ Outros:	
9. Drenos: ☐ Suctor ☐ Torácico ☐ JVE ☐ Kher ☐ Penrose ☐ Outros:	
10. Diurese: ☒ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário ☐ JSVD ☐ Anúria ☐ Normal ☐ Reduzida ☐ Hematuria ☐ Outros:	
11. Evacuações: ☐ Presentes ☐ Constipado ☐ Diarréia ☐ dias ☐ Melena ☐ Colostomia ☐ Ileostomia ☐ Outros:	
12. Admissão: 12.1: Alergias: ☒ Não ☐ Sim, Quais?	
12.2: Comorbidades: ☒ Nega ☐ DM ☐ HAS ☐ Outros, Quais?	
12.3: Medicamentos de uso contínuo:	
22:00h Admitida na Clínica neurológica com TGA acompanhada do marido	
Michele Costa Brito	
CORRETORES	
31 MAI 2018	
DPVAT	

SUS

222

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 5828856	Código da Internação: 222453
3 - Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4 - CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	MARIA RAIMUNDA DA CONCEIÇÃO VIEIRA			6 - Prontuário:	487693
7-CNS:	898003339399907	8-Nascimento:	28/01/1998	9-Sexo:	Feminino
11-Mãe:	MARLENE MARIA DA CONCEIÇÃO			RG:	00000 - SSPT
12-Pai:	FRANCISCO			11-Mãe:	86-99991-4189
13-Pai:	SEM INFORMAÇÃO			12-Pai:	SEM INFORMAÇÃO
15-Endr:	RUA JOÃO PEDRO VASCONCELOS 158 - SAMBAIEIRA - CEP: 64460-001				
16-Munic:	AGUA BRANCA - PI - CEP: 64460-001				

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Descrição da doença/síndrome/lesão: EMBORA A PACIENTE TENHA DADO ENTRADA NO HOSPITAL COM TCE MÉDIO, FOI ABERTO LAUDO NO GESTOR COMO SÍNDROME CORONARIANA. ELA TEVE RECUPERAÇÃO SATISFATÓRIA, RECEBENDO ALTA PRECOCE. PEÇO MUDANÇA DE PROCEDIMENTO PARA TCE LEVE.
21 - Condições que justificam a internação: AS ACIMA
22 - Principais resultados de provas diagnósticas. Resultado de exames realizados: EXAME CLINICO
23 - Diagnóstico Final: Outros traumatismos intracranianos

PJ CORRETORA DE SEGUROS

31 MAI 2018

DPVAT

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - Descrição: 0303040084	25 - Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (GRAU LEVE)
26 - Quantidade: 02	27 - Quantidade Solicitada: 01
28 - Nome Profissional Solicitante/Assinante: MARCUS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS	29 - Endr: CEP: 64460-001

Dr. Marcos Aurélio P. de A. Varanda
Médico Auditor Interno HUT
CRM-PI 3081

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - 1 - Acidente de Trânsito	37 - 1 - Acidente Clássico Típico	38 - 1 - Acidente Trabalho Objeto
45 - Vínculo com a Previdência:	46 - Empregado	47 - Empregador
48 - Vínculo com a Previdência:	49 - Autônomo	50 - Desempregado
51 - Vínculo com a Previdência:	52 - Aposentado	53 - Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

44 - Nome do Profissional Autorizador: Matheus Martins S. Moura	45 - Data Autorização: 31/05/2018	46 - Assinatura do Profissional Autorizador: Matheus Martins S. Moura
47 - Documento: CRM-PI 1260	48 - Nome do Documento: CNS 1702639512000	49 - Assinatura do Profissional Autorizador: Matheus Martins S. Moura
50 - Assinatura do Profissional Autorizador: Matheus Martins S. Moura	51 - Assinatura do Profissional Autorizador: Matheus Martins S. Moura	52 - Assinatura do Profissional Autorizador: Matheus Martins S. Moura

Joana Lúcia Mendes de Mesquita
Médico Auditor Interno HUT
CRM-PI 47390
CONFERE COM O CRM

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

Nº LAU DO: 128839

AH: 2218101653955



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 9980033939907	NOME DO PACIENTE MARIA RAIMUNDA DA CONCEIÇÃO VIEIRA	NASCIMENTO 25/01/1998	SEXO F	PRONTUÁRIO 187693
DOCUMENTO CPF 8699914179	TELEFONE 8699914179	NOME DA MÃE MARLENE MARIA DA CONCEIÇÃO	RESPONSÁVEL FRANCISCO	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NÚMERO / LOTE 58
BAIRRO LOJA AMENZOS AMBAIABA	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO MULATANA	UF	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

ENVIOU A PACIENTE DEPENDENDO ENTRADA NO HOSPITAL COM TUMOR DE OMBILICO DA DOENÇA DO CONESNDOR DE CORONAS
RECUPERAÇÃO SATISFATORIA. RECUPERANDO ALTA PRECOCE. PRÓXIMA DIAGNÓSTICO DE PROCEDIMENTO PARADO E LEVE

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

TC DE CRANIO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S068 - OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

930104008 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO GRAU LEVE

LEITO/CLÍNICA

CLINICA GERIAT

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO Nº DO CONSELHO)

MARCELO SILVA DE ALMEIDA, 2018-01-01-01-01-01

CPF: 86125660-2

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

31 MAI 2019

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

18/05/2018

DATA ADMISSÃO

08/05/2018 14:16

DATA ALTA

01/06/2018 14:00

MOTIVO ALTA

RECUPERAÇÃO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO Nº DO CONSELHO)	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITÓRIA
HENRIQUE SUMEDINHO CPF: 8699914179	ALPZ
CRNL	CRNL
DATA ANALISE 02/10/2018 17:00	DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Joana Luiza Mendes de Almeida
Matrícula: 47380
SAME HUT
CONFERE COM O SUS

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.921.823 DATA DE EMISSÃO 24/09/18

NOME MARIA RAIMUNDA DA CONCEIÇÃO VIEIRA

PRIMEIRO NOME MARLENE MARIA DA CONCEIÇÃO

SEGUNDO NOME ORLANDO VIEIRA COSTA

NACIONALIDADE VITORINO FREIRE-MA DATA DE NASCIMENTO 28/01/1998

DOC. ORIGINAL CERT.NASC. 44560 L 80 F 216V

EXP VITORINO FREIRE-MA 16/03/98

099.845.483-41

Assinatura do Carteiro

LEI N° 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO N° 89.250/83

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

31 MAI 2019

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS

CARTeira DE IDENTIDADE

MARIA RAIMUNDA DA CONCEIÇÃO VIEIRA

Assinatura do Titular

Foto

Assinatura do Carteiro

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE PROTEÇÃO CONTRA INCÊNDIO
CARTÃO DE PROTEÇÃO CONTRA INCÊNDIO

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

CPF: 1451371-009-01

CPF: 840.384.411-53 **DATA DE NASCIMENTO: 20/07/1977**

ENDEREÇO: JOSE MIRIAM DA SILVA

MARIA CARMELO DA SOUSA

TIPO DE PROTEÇÃO: PREMISÃO **ACE: 2** **CAT: 2**

PREMIO: 00983294635 **UNIDADE: 03/01/2019** **PRORRATÓRIO: 04/01/2019**

COSEGUROS

Adriana Carla de Sousa Silva

LOCAL: TERESINA, PI **DATA DE EMISSÃO: 04/01/2019**

84064088122
PI329297030

PIAUI

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1554703040

PRORRATÓRIO PLASTIFICADO
1554703040

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

31 MAI 2019

DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190355849 **Cidade:** Água Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA RAIMUNDA DA CONCEICAO VIEIRA **Data do acidente:** 05/09/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190355849 **Cidade:** Água Branca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA RAIMUNDA DA CONCEICAO VIEIRA **Data do acidente:** 05/09/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: Maria Raimunda da Conceição Vieira
 RG: 4981823 ORGÃO EMISSOR: SSP-PI CPF: 8998452183-41
 NACIONALIDADE: BRASILEIRA EST. CIVIL: SOLTEIRA PROFISSÃO: LAUNDORA
 ENDEREÇO: Alto Alegre
 BAIRRO: Alto Alegre CEP: 64430000 CIDADE/UF: São Pedro - Pi
 TELEFONE: (86) 99981-6008

OUTORGADO:

NOME: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
 RG: 1.651.371 ORGÃO EMISSOR: SSP-PI CPF 849.394.433-53
 NACIONALIDADE: BRASILEIRA EST. CIVIL: SOLTEIRA PROFISSÃO: AUTÔNOMO.
 ENDEREÇO: RUA SETE DE SETEMBRO Nº 244
 BAIRRO: CENTRO CEP 64.325-000 CIDADE/UF: ELESBÃO VELOSO-PIAUI
 TELEFONE: (86) 99981-6008 (86) 99473-5001 (86) 99402-2764

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

31 MAI 2019

DPVAT

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR O OUTORGADO ACIMA QUALIFICADO, A QUE CONFIO PODERES ESPECÍFICOS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR E SOLICITAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO REFERENTE AO SEGURO OBRIGATÓRIO-DPVAT, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ENVIAR E/OU REQUERER QUAISQUER DOCUMENTOS NECESSÁRIOS JUNTO ÀS SEGURADORAS CONSORCIADAS, INCLUINDO RECEBER INFORMAÇÕES SOBRE PERÍCIA MÉDICA E SOLICITAR REAGENDAMENTO, PODENDO SUBSTABELECER E PRATICAR, ENFIM, TODOS OS ATOS DE DIREITO PERMITIDOS PARA O FIEL E PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDATOS, A FIM DE REQUERER A INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT REFERENTE A:

VITIMA: Maria Raimunda da Conceição Vieira
 CPF: 0898452183-41 DATA DO ACIDENTE: 05/09/18
 COBERTURA SOLICITADA: ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DABS ☐ MORTE

São Pedro - Pi, 24/ Abril. 2019
 local e data

Maria Raimunda da Conceição Vieira

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

RECONHEÇO COMO VERDADEIRA A FIRMA:-- MARIA RAIMUNDA DA CONCEIÇÃO VIEIRA, TENDO A MESMA COMPARECIDO EM CARTÓRIO, APRESENTOU IDENTIDADE E CPF, FOI FEITO CARTÃO DE AUTOGRAFO. A ASSINATURA APOSTA NO DOCUMENTO É AUTÊNTICA.--

SÃO PEDRO DO PIAUI-PI, 24 DE ABRIL DE 2019

Wilson Barbosa Pereira
 WILSON BARBOSA PEREIRA
 TAB. 1º OFÍCIO.

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
 Wilson Barbosa Pereira
 Oficial
 São Pedro do Piauí-PI



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0184761/19

Vítima: MARIA RAIMUNDA DA CONCEICAO VIEIR

CPF: 099.845.483-41

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/09/2018

Titular do CPF: MARIA RAIMUNDA DA
CONCEICAO VIEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA : 849.394.433-53

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

MARIA RAIMUNDA DA CONCEICAO VIEIRA : 099.845.483-41

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: 31/05/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/05/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL