
Rio de Janeiro, 20 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190207412

Vítima: NIVALDO FERREIRA DA MOTA

Data do Acidente: 24/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), NIVALDO FERREIRA DA MOTA

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, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190207412

Vítima: NIVALDO FERREIRA DA MOTA

Data do Acidente: 24/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), NIVALDO FERREIRA DA MOTA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: NIVALDO FERREIRA DA MOTA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 004

Agência: 000000123

Conta: 0000021338-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2019

Aos Cuidados de: NIVALDO FERREIRA DA MOTA

Nº Sinistro: 3190207412
NIVALDO FERREIRA DA MOTA

Data do Acidente: 24/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190207412**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 14453101



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASU: 013.839.163-73 Nome completo da vítima: Nivaldo Ferreira da Mota

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

Nome completo: Nivaldo Ferreira da Mota CPF: 013.839.163-73
 Profissão: Lavador Endereço: Quilada Manuel Castelo Branco Número: 282 Complemento: Centro
 Bairro: Centro Cidade: São Gonçalo do Piauí Estado: Piauí CEP: 64.435-000
 Celular: Recusou-se Tel (DDD): (86) 99981-6008

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

RENDA MENSAL:
☒ REQUERER INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (337) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Banco do Nordeste
 AGÊNCIA: 00123 CONTA: 0000 21 338

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a ser devido, em dinheiro, imediatamente e não só 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, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Se o motivo for o primeiro, comito 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 submeter a avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 8.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prejuízo com relação à futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 nascituro (vul nascido)? ☐ 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 enquadram no rol estabelecido no art. 2º da Lei 8.194/74, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituição do valor pago, nos termos do artigo 2º do Código Penal.

Local e Data: São Gonçalo - PI 13.03.2019

Nome: Nivaldo Ferreira da Mota
 CPF:
 (Assinatura de quem assina A RÔGO)

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

PJ CORRETORA DE SEGUROS

19 MAR 2019

Assinatura DPVAT

Assinatura

Este formulário é de preenchimento obrigatório para todos os segurados e deve ser preenchido e assinado em duas vias, uma para a Seguradora LIDER e outra para o Instituto Médico Legal (IML). A Seguradora LIDER não se responsabiliza por danos materiais e morais decorrentes de qualquer omissão ou declaração não verdadeira, bem como por qualquer prejuízo decorrente da utilização indevida do Seguro DPVAT. A Seguradora LIDER não se responsabiliza por danos materiais e morais decorrentes de qualquer omissão ou declaração não verdadeira, bem como por qualquer prejuízo decorrente da utilização indevida do Seguro DPVAT. A Seguradora LIDER não se responsabiliza por danos materiais e morais decorrentes de qualquer omissão ou declaração não verdadeira, bem como por qualquer prejuízo decorrente da utilização indevida do Seguro DPVAT.



Credicard
Banc

Electronic Use Only



**CARTÃO
BLOQUEADO**

**Desbloqueie
e use já.**

Ligue agora

Capitais e
regiões metropolitanas

4020.0004

Demais localidades

0800 033 0004

4712 3300 1873 1317

VAL

11/23

NIVALDO FERREIRA DA MOTA

00123 000021338-0

VISA

Empresarial Electron



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 141603.000090/2019-91

Unidade de Registro: DP DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Gregório Luiz De Sousa

Data/Hora: 01/03/2019 - 09:23

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Endereço

PI - 223 ESTRADA PARA A CIDADE DE SÃO GONÇALO DO PIAUÍ, Nº: S/N

Complemento

Data/Hora

24/10/2018 - 12:09

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: NIVALDO FERREIRA DA MOTA

RG: 1.706.627 SSP PI

Mãe: CARLINDA ALVES DA MOTA

Pai: ALVINO FERREIRA DA SILVA

Endereço: AV MARECHAL CASTELO BRANCO, Nº 282

Bairro: CENTRO

Cidade: SÃO GONÇALO DO PIAUÍ

Telefone(s): 86-9569-0522

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 MAR 2019

DPVAT

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 - HONDA	XRE 300	2017	PIR5606	9C2MD4100HR021791	0126905159	Vermelha

Condutor: NIVALDO FERREIRA DA MOTA

RG: 1.706.627 Órgão: SSP UF RG: PI

End: AV. MARECHAL CASTELO BRANCO Número: 282 Complemento:

Cidade: SÃO PEDRO DO PIAUÍ UF: PI Bairro: CENTRO

Proprietário: NIVALDO FERREIRA DA MOTA

End: AV. MARECHAL CASTELO BRANCO Número: 282

Cidade: SÃO GONÇALO DO PIAUÍ UF: PI Bairro: CENTRO

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante compareceu a esta delegacia de policia civil , para comunicar um acidente de transito, fato ocorrido na estrada PI - 223, que dá acesso par a Cidade de São Gonçalo do Piauí - PI, mais precisamente no povoado Caiçara; relata o noticiante que estava conduzindo sua motocicleta que ao passar em uma curva fechada não conseguiu equilibrar a motocicleta e veio cair fora da pista de rolamento, ao cair foi para a residência de um morador proximo ao local do acidente; que o mesmo o levou até a residência do coiniciante; que no dia seguinte foi até o hospital de São Pedro, que o médico de plantão examinou e transferiu para um hospital de Teresina; o noticiante fraturou o ombro direito. Diante do exposto pede providencia por parte desta Delegacia de Polícia Civil. Era o Boletim,

Gregório Luiz De Sousa - Mat. 0096920

AGENTE DE POLÍCIA CIVIL

Gregório Luiz De Sousa

Agente de Polícia Civil

Mat. 0096920

Nivaldo Ferreira da Mota
NIVALDO FERREIRA DA MOTA - Notificante
Responsável pela Informação



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 141603.000090/2019-91

Delegado de Polícia

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

Wlvo do Ferreira da Costa



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASU: 013.839.163-73 Nome completo da vítima: Nivaldo Ferreira da Mota

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

Nome completo: Nivaldo Ferreira da Mota CPF: 013.839.163-73

Profissão: Lavador Endereço: Quilada Manuel Castelo Branco Número: 282 Complemento: Centro

Bairro: Centro Cidade: São Gonçalo do Piauí Estado: Piauí CEP: 64.435-000

Celular: Recusou-se Tel (DDD): (86) 99981-6008

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

RENDA MENSAL:

☒ REQUERER INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

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

☐ CONTA POUPOANÇA (Somente 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: Banco do Nordeste

AGÊNCIA: CONTA:

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 00123 CONTA: 0000 21 338

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a ser devido, em dinheiro, ressignificando e dando desde já o 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, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Se o motivo for o primeiro, comito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 8.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prejuízo com relação à futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Gravidez Paralela 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 nascituro (val nascit)? ☐ 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, desde que, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituição do valor pago, nos termos do artigo 290 do Código Penal.

Local e Data: São Gonçalo - PI 13.03.2019

Nome:

CPF:

Nivaldo Ferreira da Mota

(*) Assinatura de quem assina A RÔGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

PJ CORRETORA DE SEGUROS

19 MAR 2019

Assinatura

DPVAT

Este formulário é de uso exclusivo da Seguradora LIDER e deverá ser preenchido e assinado por quem preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, na presença de duas testemunhas maiores e capazes, compreendendo-se a sua livre ciência do conteúdo e das obrigações decorrentes da apresentação e entrega deste formulário. É OBRIGATÓRIA A ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Credicard
Banc

Electronic Use Only



**CARTÃO
BLOQUEADO**

**Desbloqueie
e use já.**

Ligue agora

Capitais e
regiões metropolitanas

4020.0004

Demais localidades

0800 033 0004

4712 3300 1873 1317

VAL

11/23

NIVALDO FERREIRA DA MOTA

00123 000021338-0

VISA

Empresarial Electron

São Pedro
do Piauí

OPERADOR DO SISTEMA - DANILO

DATA E HORA - 24/10/2018 08:30:32

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

PRONTUARIO: 83978 NOME DO PACIENTE: NIVALDO FERREIRA DA MOTA NASC 08/10/1972
RAÇA: 003 IDADE: 46 Anos, 3 Meses e 16 Dias.
SEXO: M TELEFONE MOVEL: ??? TELEFONE FIXO: ???
CEP: 64435-000 MUNICIPIO (RESID): SÃO GONÇALO DO PIAUÍ UF: PI IBGE 2209807
NACIONALIDADE: BRASILEIRO(A) MUNICIPIO NASCIMENTO: SÃO GONÇALO DO PIAUÍ UF: PI
ENDEREÇO: AV. MARECHAL CASTELO BRANCO - nº 282 BAIRRO: CENTRO
CNS: 706004318493745 RG: - ORGÃO EMISSOR:
NOME DO PAI: ALVINO FERREIRA DA SILVA
NOME DA MÃE: CARLINDA ALVES DA MOTA

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTORICO CLINICO:

EXAMES FÍSICOS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

TRATAMENTO SOLICITADO:

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 MAR 2019

DPVAT

POLEGAR

HITALLO NHELISSOM TARJA ALENCAR
CRM 4855 PI

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



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

544
9.9478.2554
Jenaina

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA: 14/10/18 HORA: 08:45 Nº DOTELEFONE: 3280 - 1244

HOSPITAL SOLICITANTE: Hospital Local Marcolino Barbosa Ribeiro

MUNICÍPIO: São Pedro do Piauí

MÉDICO: Rinaldo Azeiteiro

CRM: 9655

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetrícia (x) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatria () Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Rinaldo Ferreira da Mota

Data de Nascimento: Idade: anos

Sexo: () Masculino (x) Feminino

CPF: Cartão Nacional de Saúde

Município de Procedência: São Gonçalo do Piauí

HDA: Prontuário (Prontuário de Superintendência)

HDI: ID:

ESCALA DE GLASGOW:

ABERTURA OCULAR

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

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
- 4 - Confusa
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

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

SINAIS VITAIS

Tax: °C P: bpm R: mm PA: mmHg Sat O: Glicemia: mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

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

Contato com o regulador 08:45
Agência de Vagos

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Assinatura e carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital:

Clínica/Posto: HU

Senha: ID: 48147 aut: 415991871

Os paciente foi levado para a cirurgia por conta da equipe
o enfermeiro plantonista entrou em contato com a reguladora
e foi realizada a cirurgia

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NIVALDO FERREIRA DA MOTA

BANCO: 004

AGÊNCIA: 00123

CONTA: 000000021338-0

Nr. da Autenticação C091EA61E617FA65

 COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO PIAUÍ CNPJ: 06.845.747/0001-27 AV. SAO. CASTELO BRANCO, 101 N - CEP: 64.000-610 FONE GERAL: 3216-6300	CONTA DE ÁGUA ATENDIMENTO 08000 86 8888
	MÊS/ANO : 02/2019 VENCIMENTO : 21/02/2019 MATRÍCULA : 18959530

ALVINO F DA SILVA
 AVS MAL CASTELO BRANCO, NUM. 00282
 CENTRO
 SAO GONCALO PI 64435-000

INSCRIÇÃO 938.001.0005.0660.00		COTA 902.6460			
CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL. FATORADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1	A10N005814	10	REAL	78060254
DT. LEIT. ANTER.	DT. LEIT. ATUAL	DIAS CONSUMO	LEIT. ANTERIOR	LEIT. ATUAL	MÉDIA
18/12/2018	29/01/2019	32	307	312	10
MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.	MÊS/ANO CONS.
01/2019 4	12/2018	31/2018 10	30/2018 6	09/2018 5	08/2018 5

DESCRIÇÃO	VALORES (R\$)
TARIFA DE ÁGUA	28,72
MANUTENÇÃO DE HIDRÔMETRO 001/001	1,60
MULTA IMPONTUALIDADE 001/001	0,62
JUROS DE MORA 001/001	0,32

DEMONSTRATIVO DE TRIBUTOS	Base de Cálculo: 31,26		TOTAL A PAGAR (R\$)
	IR: 1,50	OPFINS: 0,94	
	CSLL: 0,31	DPS/PASEP: 0,20	

A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO ENTREGA CONTA ALTERNATIVA
 RETIRE 2 VIA NO SITE WWW.AGESPISA.COM.BR

MÉDIA MENSAL DOS PARÂMETROS BÁSICOS DE QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUÍDA AO CONSUMIDOR					
Parâmetro	Valor Médio	Padrão da Port. 518/06	Parâmetro	Valor Médio	Padrão da Port. 518/06
Turbidez	0,68	5,0	Flúor		1,5
pH	6,10	5,0 A 9,5	Ferro	0,00	0,3
Cor	1,40	15,0	Colif. Totais	Ausente	0
Cloro	2,40	0,2 A 5,0	Colif. Fecais	Ausente	0

PJ CORRETORA
 DE SEGUROS

19 MAR 2019

DPVAT

Endereço: Rua Sete de Setembro 1914
 Bairro: CENTRO - PI
 CEP: 64.000-000
 Fone: (85) 325-0000

TIM BLACK

R\$ 139,47

VENCIMENTO

25/01/2019

EMIÇÃO: 07/01/2019

POSTAGEM: 21/01/2019

FATURA: 3649223240

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
 RUA SETE DE SETEMBRO, 244
 CENTRO
 64.025-000 - ELESBAO VELOSO - PI

CLIENTE: 1.67423773

CPF/CNPJ: 84939443353

ACESSO: 86 99999-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

IMPORTANTE PARA ADRIANA

Prezado cliente, excepcionalmente este mês você poderá pagar sua fatura até o dia 30/01/2019, sem cobranças de juros e multa. Consta nessa fatura a cobrança de um novo serviço: Serviço de Voz 4G para o número 86999993007.

RESUMO DA SUA CONTA DE 07 DEZ A 06/Jan

Serviços TIM S.A.	VALOR
☒ Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 139,99
☒ CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 5,77
☒ OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ -6,29

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

SERVIÇOS ADICIONAIS	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Oferta TIM Pós C Plus (087/POS/SMP)	-	-	1	31	07/12 a 06/01	139,99
Oferta TIM Pós C Plus	-	-	9/12	31	07/12 a 06/01	-50,00
Internet	10GB	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
Chamadas de Internet	Ilimitado	163m36s	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
Chamadas de voz e DDD com 41	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
Chamadas de Internet para Video	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
Chamadas de voz	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
Chamadas de Internet	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
Chamadas de Internet	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
Chamadas de Internet	-	-	1	31	07/12 a 06/01	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.apmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

APROVAÇÃO	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST	R\$ 0,71
0,14%	30%	R\$ 107,08	R\$ 32,32	FUNTEL	R\$ 0,34
0,14%	30%	R\$ 107,08	R\$ 32,32	FUNTEL	R\$ 0,34
0,14%	30%	R\$ 107,08	R\$ 32,32	FUNTEL	R\$ 0,34

Informações Complementares - Plano(s) - Serviço de Voz 4G (SVA)

Incluído no(s) Plano(s)

Franchises	R\$ 137,49
SVA	R\$ 32,32
Desconto(s) Franchises	R\$ -36,18
Desconto(s) SVA	R\$ -13,82



1056
 1056
 1056

Cliente TIM Nova! 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 o central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO	MÊS DE REFERÊNCIA	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
00000009121536776014	JAN/2019	07/01/2019	25/01/2019	R\$ 139,47

VIA BANCO

845800000001 - 5 39470109011 - 7 00364922324 - 9 00121536776 - 2

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouvidoria: 0800-022-12-07

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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA 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 LAY (SISTEMA DE 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

Adriana Carla de Sousa Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.394.433 / 53

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) de

Nivaldo Ferreira da Mota

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 013.839.163 / 73

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez

da vítima Nivaldo Ferreira da Mota

inscrito (a) no CPF sob o Nº 013.839.163 / 73, 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo informado e anexar 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 Sete de Setembro</u>	Número: <u>244</u>	Complemento: <u>Centro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Elestão Veloso</u>	Estado: <u>Piauí</u>
E-mail: <u>Carlaadrianasousa@gmail.com</u>	CEP: <u>64.325-000</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 99981-6008</u>

Local e Data: Elestão Veloso - Piauí - Pi 13.03.2019

Adriana Carla de Sousa Silva

Assinatura do Declarante



espaco
vida

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 MAR 2013

DPVAT

Nivaldo F. Maia

Paciente vítima de acidente de
trato, com fratura de clavícula
feito tratamento cirúrgico, mas
traz-se com perda funcional
em torno de 50%.

5950

10/01/19

Dr. Alcionir Viana
Cirurgião de Ombro e Cotovelo
CRM: 2631 TEOT-10452



Av. Leônidas Melo, 370 | Píçarra | Teresina-PI | CEP: 64.015-120

São Pedro
do Piauí

OPERADOR DO SISTEMA - DANILO

DATA E HORA - 24/10/2018 08:30:32

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

PRONTUARIO: 83978 NOME DO PACIENTE: NIVALDO FERREIRA DA MOTA NASC 08/10/1972
RAÇA: 003 IDADE: 46 Anos, 3 Meses e 16 Dias
SEXO: M TELEFONE MOVEL: ??? TELEFONE FIXO: ???
CEP: 64435-000 MUNICIPIO (RESID): SAO GONCALO DO PIAUI UF: PI IBGE: 2209807
NACIONALIDADE: BRASILEIRO(A) MUNICIPIO NASCIMENTO: SAO GONCALO DO PIAUI UF: PI
ENDEREÇO: AV. MARECHAL CASTELO BRANCO - nº 282 BAIRRO: CENTRO
CNS: 706004318493745 RG: - ORGÃO EMISSOR:
NOME DO PAI: ALVINO FERREIRA DA SILVA
NOME DA MÃE: CARLINDA ALVES DA MOTA

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTÓRICO CLÍNICO:

EXAMES FÍSICOS:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

TRATAMENTO SOLICITADO:

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

19 MAR 2019

DPVAT

POLEGAR

HITALLO NIELISSON TAJA ALENCAR
CRM 4655 PI

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Contato: hospital@saopedro.pi.gov.br

www.saopedrodopiaui.pi.gov.br



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDENCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA *Jonaina*

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA: 4/10/18 HORA: 08:45 Nº DOTELEFONE: 3280 - 1244

HOSPITAL SOLICITANTE: Hospital Local Marcolino Barbosa Ribeiro

MUNICIPIO: São Pedro do Piauí

MÉDICO: Alfredo Alencar

CRM: 4655

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Arnaldo Ferreira da Mota

Data de Nascimento: _____ Idade: _____ anos

Sexo: () Masculino (☒) Feminino

CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde: _____

Município de Procedência: São Gonçalo do Piauí

HDA: Problema extenuante de Superfície do
osso do pé após queda

HO: _____ CID: _____

ESCALA DE GLASGOW:

ABERTURA OCULAR

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

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
- 4 - Confusa
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

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

SINAIS VITAIS

Tax: _____ °C P: _____ bpm R: _____ mrm 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: _____

Clínica/Posto: HU

Senha: ID: 48147 aut: 415991870

O paciente já havia feito a cirurgia por conta própria
e o diagnóstico planteado esteve em contato com a regularização
e foi considerada a mesma

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

15 MAR 2019

DPVAT



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA



NOME DO PACIENTE: Nevaldo Ferreira da Mota

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 492 481

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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Glitz 1020 Redenção - Fone: 26 3218 5443

TERESINA-PI CEP: 64027-770 CNPJ: 05.522.917/0022-32

Arg. Ant. (Ch)
Atendimento

OBS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 25/10/2018 13:38:37

DADOS DO PACIENTE:

User: CLPRJAMAI

Instância: ACCR01

Nome: NIVALDO FERREIRA DA MOTA		Prontuário: 492481	
Mãe: CARLINDA ALVES DA MOTA	Pai: ALVINO FERREIRA DA SILVA		
End. Resid.: RUA MARCELO DUARA CS 5970 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI - CEP: 64000 0 0			
Nascimento: 08/10/1972	Idade: 46a0m18d	Sexo: Masculino	Fone: 06-34279-356
Responsável: JOAO MARCOS	CNS: 786006318493745		
Profissão: LAVRADOR	Documento: CPF: . . .		
G. Instrução: NÃO informado	E. Civil: Casado(a)		
End. Local: . . .			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 690967	Data: 26/10/2018 13:30:33	Condução: VEICULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Motivo da Procura: DOS MEMBROS SUPERIORES		Convênio: U 3
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não
CID Secundário:		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: TRAUMA MATOR	Evento Principal: Dor intensa	Destino: CIRURGIA GERAL	Classificação: Laranja
Breve História: ENCAMINHADO DA UPA-FOMORAR O HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOC (VELOCIDADE MAIOR QUE 60KM/H) MOTO SAÍD DA PISÇA HÁ 30. RELATO DE TRAUMA EM OMBRO D. DIREITA OUTRAS QUEIXAS. (S C) NÃO FAZIA USO DE CAPACETE. (SIC) R00-15		Profissional C. as. Risco: CLEBERIANA MACHADO ENFERMEIRA COREN PI 138936 Eri: 26/10/2018 13:48:29	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

Classe II: alt. glóbulos e hemácias. Por um ano ad alta de um prof ATC entupido			
PA ____ X ____ mmHg	Pulso: ____	FC: 100 bpm	Temp.: ____
Diagnóstico Inicial:		FC: 100 bpm	Temp.: ____

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Conduta Médica e Exames Complementares:	
MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:	

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ____/____/____	HORA: ____:____	Em Internação, Indicar o Procedimento e CID
		0408010185
		Procedimento CID

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
M: 3766 - TRO: 11305
Assinatura - Profissional Médico



83

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO 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:
3 - Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4 - CNES 5828856	225843

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome: NIVALDO FERREIRA DA MOTA	6 - Prontuário: 492461
7 - CNS: 706004318493745	8 - Nascimento: 08/10/1972
9 - Sexo: Masculino	CPF: -
11 - Mãe: CARLINDA ALVES DA MOTA	12 - Fone: 86-94279-356
13 - Resp: JOAO MARCOS	14 - Fone: 86-94279-356
15 - Ender: RUA MARECHAL DUTRA CS 5970 - LOURIVAL PARENTE - CEP: 64000-010	
16 - Munic: TERESINA	17 - Cod. IBGE: 221100
18 - UF: PI	19 - CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19 - Cod. Proced. Anterior: 0408010185	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição: TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR
21 - Cod. Mudança Proced. 0308010019	20 - Mudança de Procedimento / Descrição: TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA
23 - CID Prim: 7111	26 - Diagnóstico: Ferimento do membro superior, nível não especificado
24 - CID Sec.:	29 - CID C.Ass.:

38 - Profissional Responsável: RICARDO SOARES VALENÇA	40 - Tp. Documento: CPF	
39 - Data Solicitação: 26/10/2018	40 - No. Doc. Méd. Solic.: 787.098.575-91	41 - Ass. Carimbo Med. Gol. (CRM):

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, COM TRAUMA EM OMBRO DIREITO. APÓS 24 HORAS DE INTERNAÇÃO FOI TRANSFERIDO PARA REALIZAR O PROCEDIMENTO CIRURGICO EM OUTRO ESTABELECIMENTO.

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47 - Data Autorização: / /	48 - CNS/CPF:
51 - Justificativa da 'NÃO' autorização:		49 - Ass. Carimbo (Rg. Conselho):
50 - Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51 - Data Autorização: / /	52 - CNS/CPF:
		53 - Ass. Carimbo (Rg. Conselho):

(MARCADA)

Patricia Faria Sales Leão
Matrícula: 027499
SANE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

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

Nº LAUDO: 143990

AIH: 2218101781269

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

NOME DO PACIENTE

NIVALDO FERREIRA DA MOTA

NASCIMENTO

08/10/1972

SEXO

M

PRONTUÁRIO

492481

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

NOME DA MÃE

CARLINDA ALVES DA MOTA

RESPONSÁVEL

JOAO MARCOS

CEP

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NÚMERO / LOTE

08

BAIRRO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

PROMORAR

CF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM MSD

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S43.1 - LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408B101K5 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO FRATURALUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARÁTER

URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO

26/10/2018

RICARDO SOARES VALENCA

CPF: 78709857591

CRM:

DATA ADMISSÃO

26/10/2018 13:30

DATA ALTA

27/10/2018 10:00

MOTIVO ALTA

TRANSFERÊNCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA Nº DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOE NATURALZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA

CPF: 07933460383

CRM:

DATA ANALISE: 26/10/2018 14:54:32

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANA. JSF

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Assinatura
Pública Viana Sales Leão
Médico - ORT
SABE - 1111
CONFERE COM O ORIGINAL



225843

No. da Autorização de Internação Hospitalar (A.H.)

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:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	225843

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: NIVALDO FERREIRA DA MOTA			6 - Prontuário: 492481	
7-CNS: 706004318493745	8-Nascimento: 08/10/1972	9-Sexo: Masculino	RG: 1706627 - SSP PI	
11-Mãe: CARLINDA ALVES DA MOTA			12-Fone: 86-94279-356	
13-Resp: JOAO MARCOS			14-Cor: Sem Informação	
15-Ende: RUA MARECHAL DUTRA CS 5970 - LOURIVAL PARENTE - CEP: 64000-010				
16-Munic: TERESINA	17-Cod. IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM MSD			 Patrícia Maria Sales Leão Matrícula: 04109 HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT CONFERE O ORIGINAL
21 - Condições que justificam a internação: TRATAMENTO CIRURGICO			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): RX			
23-Diagnóstico Inicial: Luxação da articulação acromioclavicular			
24-CTD Prim:	25-CIU Sec.:	26-CIU C.Ass.:	
5431			

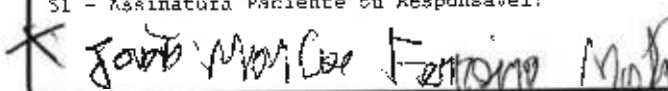
PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408010185	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR	Tempo SUS 2
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 02 01 CPF 787.098.575-91	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: RICARDO SOARES VALENÇA	34-Data Solicitação: 26/10/2018	35-Ass. Carimbo (Rg. Conselho):  Dr. Ricardo Valença Onde: Traumatologia CRM: 11304

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-NC Bilhete:	41-Data:
37-() Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-Data:
38-() Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência:	() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho):
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	51 - Assinatura Paciente ou Responsável:  João Marcos Ferreira Mota
		Usuário: IVALENICE REDESI Consulta Local: 690367 Consulta SUS: Impressão: 26/10/2018 14:26:43



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - UT

Rua Dr. Othon Nilo 1820 - Redenção - Fone: 86 3213 5445

TERESINA PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.911/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 18586 - Em: (27/10/2018)

Interação:	Prontuário:	Paciente:	Dr. Neoc. Clínica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:			
225843	42-481	NIVALDO FERREIRA DA MOTA	08/10/2018	ANEXO 2 PCL	22110	JOSE FERREIRA NETO			
Evolução:			Diagnóstico/Comorbidades:						
Hora: 7h			Alérgias:						
VAC (D)			1162						
Seq.:	Descrição- Apresentação/ Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. vol.:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo LIVRE, sem Doses p Aguardar Medicamentos								
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO (Tubo)	1,00	Frasco	EV	12/12h				
2	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Ampola	EV	12/12h				
3	DIPYRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Ampola	EV	6/6h				
4	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.	50,00	mg	EV	12/12h				

Observações Gerais: OUTUBROS GERAIS

DT 27/10/18 - 30/10/18 8/18/18 18:30h para exame transferido

Paciente RHM, atende, bem-estar.

Orientado, não suporta

Exames de Urina: 08/10/2018

Patricia Viana Sales Leão
Matrícula: 057.499
SABE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

Nivaldo Lima de Mota

[illegible]

MÉDICO/CRM:

Mod: 007



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3216 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0003 02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **NIVALDO FERREIRA DA MOTA** (Prontuário: 492481)
Endereço: RUA MARECHAL DUTRA CS 5970 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 08/10/1972 Idade: 46a1m28d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 680967
Requisição: 886588 Solicitação: 26/10/2018 Solicitante: RICARDO SOARES VALENÇA
Controle: 1098868 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 26/10/2018

OMBRO DIREITO

O estudo radiológico do ombro direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura com deslocamento de fragmento no tubérculo maior do úmero.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 05/12/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

NOME DO HOSPITAL: _____
CONTATO FEITO COM: _____
CONFIRMADO A VAGA: SIM (X) NÃO ()

143 990

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Roberto Gomes da Silva
 IDADE: 46 ESTADO CIVIL: casado
 ENDEREÇO: Imperial Pádua
 RESPONSÁVEL: Roberto Gomes da Silva

II - TRANSFERÊNCIA

CLÍNICO () CIRÚRGICO (/)

CONDIÇÕES CLÍNICA DO PACIENTE (LEGÍVEL E DETALHADO):

" Acreditamos de que
 Trouva um valor D
 F6 B-11

EXAMES REALIZADOS:

187 center D → Luv. a. com. sola-
V. circular

LEIS HANDELO-RECHTSGEWISSEN: TERN PW
RG 21 125198193 71 Mai 14495 9
Weste - Seb - de - Ang - ein - Fein -

DIAGNÓSTICO:

LAC (D) / SUZ. 1
04080101

3 CORRETORA
DE SEGUROS

19 MAR. 2019

DPVAT

TRATAMENTO REALIZADO:

Two brothers

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

$$Y_R = (Y^2 Y)$$

DATA:

Ass. e carimbo do médico

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

REGISTRO: 402611829

Nº REGULAÇÃO: 46845

Tipo: TRANSFERÊNCIA INTERHOSPITALAR

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 3329-4321

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT - (86)

ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 2323451

HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

LEITO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA (MASCULINO)

PACIENTE: NIVALDO FERREIRA DA MOTA

NASCIMENTO: 20/10/1972

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE ESTÁVEL, CONSCIENTE, ORIENTADO, CALMO, FÁSICO, EUPNEICO, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM OMBRO DIREITO COM LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR. PA:113X80;FC:80;T:37;SAT:99 EM AR AMBIENTE.

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL:

FREQ. CARDÍACA:

SATURAÇÃO:

FREQ. RESPIRATÓRIA:

GLICEMIA:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

USO DE O2:

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 27/10/2018 08:19:46

PJ CORRÊTORA DE SEGUROS

19 MAR 2019

DPVAT

MARCELO FERREIRA DE SOUZA

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

REGISTRAÇÃO: 402611829

Nº REGULAÇÃO: 46845

TIPO: TRANSFERÊNCIA INTERHOSPITALAR

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:

5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA
3229-4321

ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 2323451 - HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - IPM

LEITO:

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA (MASCULINO)

NASCIMENTO: 08/10/1972

HISTÓRIA CLÍNICA:

DADOS CLÍNICOS

PACIENTE ESTÁVEL. CONSCIENTE, ORIENTADO, CALMO, FÁSICO, EUPNEICO. VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM OMBRO DIREITO COM LUXAÇÃO ACROMIOTRAVÍCULAR. PA:113X80; FC:80; T:37; SAT:99 EM AR AMBIENTE.

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOTRAVÍCULAR

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL:

FREQ. CARDÍACA:

SATURAÇÃO:

FREQ. RESPIRATÓRIA:

GLICEMIA:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

USO DE O2:

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 27/10/2018 08:19:46

Marcos César Lopes

Medico Responsável

MEDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

PJ CORRETORA DE SEGUROS

19 MAR 2019

DPVAT

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

REGULAÇÃO: 402611829

Nº REGULAÇÃO: 46845

TIPO: TRANSFERÊNCIA INTERHOSPITALAR

DESEMPENHO SOLICITANTE: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT - (86)
3229-4321

DESEMPENHO REFERENCIADO: 2323451 - HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA (MASCULINO)

PACIENTE: NIVALDO FERREIRA DA MOTA

NASCIMENTO: 08/10/1972

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE ESTÁVEL, CONSCIENTE, ORIENTADO, CALMO, PÁCIDO, EUPNEICO, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM OMBRO DIREITO COM LUXAÇÃO ACROMIÓCLAVICULAR PA:113X80;FC:80;T:37;SAT:99 EM AR AMBIENTE.

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIÓCLAVICULAR

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL:

GLICEMIA:

FREQ. CARDÍACA:

SATURAÇÃO:

FREQ. RESPIRATORIA:

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO DE O2:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 27/10/2018 08:19:46

Marcos Cesar Lopes

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



CORRETORA
DE SEGUROS

19 MAR 2013

DPVAT

Confere com o(a) original e
foi apresentado(a) e dou fé
Em, 11/04/19

Setor do Arquivo Técnico

Luis Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 1051081103-2 Matr. 14495-9

NOME DO PACIENTE: Nivaldo Pereira da Costa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 422641/19

Obs: Não fornecemos 2ª via.

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMP
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ihotas - Teresina-PI
CEP 64.014-220
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

Saúde
Secretaria de Estado

Luis Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN PM
RG: 1051081103-2 Matr. 14495-9
Setor do Arquivo Técnico

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALARNº LAUDO: 144188
AIH: 2218101792456

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUJ

CNES

5821856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

CNES

2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
	NIVALDO FERREIRA DA MOTA	08/10/1972	M	422641
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
		CARLINDA ALVES DA MOTA	JOAO MARCOS FERREIRA MOTA	
CPF	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NÚMERO / LOTE
				08
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
PROMORAR		TERESINA	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE ESTÁVEL, CONSCIENTE, ORIENTADO, CALMO, FASICO, EUPNEICO. VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM OMBRO DIREITO COM LUXAÇÃO ACROMIOLAVICULAR. PA:113X80;FC:80;T:37,5AT:99 EM AR AMBIENTE.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRANSFERÊNCIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S431 - LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOLAVICULAR

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS / ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408010185 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO FRATURALUXAÇÃO ACROMIOLAVICULAR

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA (MASCULINO)

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO)

ALCIONAR VIEIRA VIANA
CPF: 57914052353

CRM:

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

27/10/2018

DATA ADMISSÃO

27/10/2018 16:49

DATA ALTA

01/11/2018 10:32

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO)

JOSE DE RIBAMAR SANTOS FILHO

CPF: 3730645309

CRM:

DATA ANALISE: 27/10/2018 16:37:15

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTRA AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Luis Henrique Vasconcelos Rios 1º TEN PM
RGPM 105198193-21 M. 14495-9
Chefe do Setor de Análise Técnica



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

2 - CNES

2323451

Atendimento

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

4 - CNES

2323451

810303

Identificação do Paciente

5 - Nome: NIVALDO FERREIRA DA MOTA

6 - Prontuário:

422641

7 - CNS: 706004318493745

8 - Nascimento: 08/10/1972

9 - Sexo: M

CPF:

11 - Mãe: CARLINDA ALVES DA MOTA

12 - Fone: 86-3.2161528

13 - Resp: JOAO MARCOS FERREIRA MOTA

14 - Cor: PARDA

15 - Endere: AVIMAGHELO CASTELO BRANCO

282

CENTRO

19 - CEP: 84435-000

16 - Munic: SAO GONCALO DO PIAUI

17 - Cod. IBGE:

220980

18 - UF: PI

RG:

17066-27

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Queda com trauma no ombro

LAUS Pm 16/03/2018 às 17:17 PM
RUPM 10518/193-2/ Mai. 14-95-9
Chefe do Set. II do Arq. no Teorcu

21 - Condições que justificam a internação:

hcn

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

LAC

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2019

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: S431

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C.Ass.: _____

LUXACAO DA ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR

DPVAT

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0408010185

TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR

Tempo SUS

2

29 - Clínica:

POSTO II

30 - Caracter.: 01

Ident.: 1

31 - Documento:

CPF

32 Doc. Med. Solic.

16778699841

33 - Nome Profissional / Assistente

LEANDRO PONCE LEAL

34 - Data de Solicitação:

27/10/2018

Dr. Alciomar Veras Viana
Cirurgião do Ombro e Cotovelo
CRM 26231-3 - 10452

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - Nº. Bilhete.

41 - Série

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE, Empresa

44 - CII OR

38 - () Acidente de Trabalho Trajeto.

45 - Vínculo com a Previdência. () Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização:

48 - Documento

49 - Num. Documento

50 - Ass. Conselho RG Conselho

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

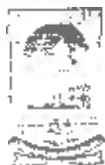
X João Marcos Ferreira Mota

Usuário: IRANIR SOARES

Consulta Local:

Consulta SUS:

Impressão 15:31:41



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 31 / 10 / 2013
Nº DO PRONTUÁRIO: 422641 SALA: 07
CÓD DA CIRURGIA: 041.50100.13

Descrição da Cirurgia:

- ① Ref. em son. nos bloqueios
- ② Bloqueios no ombro e
- ③ Redução da LSC
- ④ Fixação com fios de Kirschner
- ⑤ Sutura

Luiz Henrique Vitorino dos Reis 1º TEN PM
RGPM: 05198193-21 Mat. 14195-9
Chefe do Setor de Injúria Técnica

Dr. Alcioneir Viana Vianna
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM: 253175-1 - 10452

Cirurgia: O. do ombro e da LSC

Cirurgião: Alcioneir Viana

1º Auxiliar: —

2º Auxiliar: —

3º Auxiliar: —

Instrumentador: Marcos

Circulante: Mariana / Sabrina / Jesus

Marcos
Téc. em Enfermagem
COREN 850657-TE



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 126839

PACIENTE: NIVALDO FERREIRA DA MOTA

NOME DA MÃE: CARLINDA ALVES DA MOTA

DATA DO NASCIMENTO: 08/10/1972

MÉDICO SOLICITANTE: CRM

DATA DA REALIZAÇÃO: 27/10/2018

DATA DO LAUDO: 23/11/2018

CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO OMBRO DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Achados:

Traço radioluciente, parcialmente visível, localizado na extremidade distal da clavícula, fixada por fio metálico.

Imagens nodulares ovaladas, com densidade cálcica, localizadas no aspecto posterior da cabeça do úmero.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Traço radioluciente, parcialmente visível, localizado na extremidade distal da clavícula, fixada por fio metálico.

Imagens nodulares ovaladas, com densidade cálcica, localizadas no aspecto posterior da cabeça do úmero, que pode estar relacionadas a fragmentos ósseos destacados.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

Luci Henrique V. S. Conceição RBS 1ª TEN PM
RGPM 105138193-21 Mar 11495-9
Chefe do Setor de Diagnóstico por Imagem

Dr. Lúcio de Sampaio
Médico
CRM-Piauí 3129

LUCIO RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
CRM: 417



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCET. ARCOVERDE

DATA: 31/10/1988
Nº DO PRONTUÁRIO: 422691 SALA: 12
CÓD DA CIRURGIA: 0415010012

BOLETIM DE ANESTESIA

NOME: Mivaldo Ferreira da Silva Idade: 46 Sexo: M ASA: II
 PROCEDIMENTO: Chal. uremica + LAC Apt/Ent e Lello: 212 - 48
 CIRURGIÃO: Alcides AUX: — ANEST.: Paulo ANESTESIA: 800g + Sódio
 INSTR.: Parceira CIRC.: Janeiro/2000 FIM.: 12:40 SALA: 07
 P.A.: 112/70 PESO: 170 Hta: — Glicemia: — Creatina: — Resplc: —

[illegible]

Técnica Anestésica: Bloq. Plexo Braquial D VIA Interscalm

Comentários Adicionais: (A+B).

MONTAGEM	☒ ECG	☒ Exatol	☐
	☐ PAM	☐ Capnômetro	☐
	☒ PANI	☐ PVC	☐

Gerar	Time	Idade	Sexo	Tempo
Gravidez	1			
Ar. N	1			
Ar. Med.	1			

Medicamentos Utilizados

Adrenalina	_____	Amp
Água dest. 10ml	_____	Amp
Atropina	_____	Amp
Bextra	_____	Amp
Bronicopida	_____	Amp
Cefazolina 1g	_____	Fr
Cefastolina	_____	Fr
Giproflaxacina	_____	Fr
Clonidin	_____	Amp
Coláide ()	_____	Fr
Dexametazona	_____	Amp
Diazepam	_____	Amp
Dimorf	_____mg	Amp
Dipirona	_____	Amp

Dolantina	_____	Amp
Droperidol	_____	Amp
Efortil	_____	Amp
Efedrin	_____	Amp
Enflurano	_____	ml
Fentanyl	_____	ml
Fentanyl (S/C)	_____	Amp
Holotano	_____	ml
Hydrocortisona	_____	ml
Isoturano	_____	ml
Jelco n°	_____	Und
Lidocaina	_____ % _____	Fr
Metaceptopramide	_____	Amp
Mannitol	_____	Fr

Midazolam	_____	Fr
Metronidazol	_____	Fr
Neocaina Psz 0.5%	_____	Amp
Narcen	_____	Amp
Novsbupri 0.5%	_____	Fr
Nubun	_____	Amp
Neocaina _____ %	_____	Fr
Neocaina 0.5% Isobar	_____	Amp
Neontigmina	_____	Amp
Omeprazol	_____	Fr
Ondesetrona	_____	Amp
Peliso Gel	_____	Fr
Pancuronio	_____	Amp
Profenid	_____	Fr

Propofol	ml	amp
Ranitidina		amp
Quelclon		amp
Quetiapina		ml
Remifentanyl		Fr
Ringer-lactado		Fr
S. Fisiológico 0,9%	ml	Fr
S. Glicosado 5%	ml	Fr
Scalp n°		Und
Tetrac		amp
Thalid		Fr
flopental		Fr

Analysis 18-CRM

১৯৭৭ খ্রিঃ ১৫ মেখ্রিঃ ১০/১১

ID: 123446
Paciente: NIVALDO FERREIRA DAMOTA
Mae: 0457
Sexo: M

HPM



LUS - 14/11/2018 15:02:58.926 - 12K PM
RISPM 125198193-2: Mai: 14495-9
Crie no Setor de Arquivo Técnico

ID: 123443

Paciente: NIVALDO FERREIRA DA MOTA

Idade: 046Y

Sexo: M

HPM

ROT. INTERNA

D



Luiz Henrique V. Gonçalves R 95 1º 11 PM
05:08:193-21 Mai 14-195-8
Setor de Arquivo Técnico

ROT. EXTERNA

D



ID: 125446
Paciente: NIVALDO FERREIRA DA MOTA
Idade: 648y
Sexo: M

HPM

ROT. INTERNA
D



ROT. EXTERNA
D



Hor: 08:42

Exame: 29/10/2018



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

212.03



RISCO CIRÚRGICO CLÍNICO E CARDIOLÓGICO

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME

2. CIRURGIA PROPOSTA:

3. REVISÃO/ANTECEDENTES (S/N)

1. Cirurgia anterior () 2. AVC () 3. Alergia respiratória () 4. Alergia medicamentosa () 5. Diabetes ()
6. Dça. Art. Coop. () 7. ICC () 8. Dça. Pulm. () 9. HAS () 10. IAM () 11. Asma () 12. DPOC ()
13. T.B () 14. Fumo () 15. Reumatismo () 16. Dça. De chagas () 17. Uso Medla () 18. DUAP () 19. Dça Renal () 20. Anemia () 21.
Dist. Coag. () 22. Outros ()

COMENTÁRIOS:

4. EXAME FÍSICO - IMPRESSÃO GERAL

- a) ESTADO GERAL: 1. Bom () 2. Regular () 3. Precário () 4. Dispneico () 5. Ictérico () 6. Cianótico ()

b) Aparelho respiratório - Expansibilidade:

Ruídos Advertidos: SIM () NÃO ()

c) Aparelho circulatório: PA

Inspeção e palpação:

d) Abdomen-Pelve:

5. ÍNDICE DE REFERÊNCIA

a) ÍNDICE DE RISCO CARDÍACO (DETSKY, 1986)

10 Infarto agudo do miocárdio nos últimos 6m

5 Infarto agudo do miocárdio há mais de 6m

10 Angina classe III (CCS*), limitação

importante às atividades físicas diárias

20 Angina classe IV (CCS), angina nos mínimos

Esforços ou repouso

10 Angina instável nos últimos 6m

10 Edema pulmonar na última semana

<15 pts: Baixo risco de complicações

>15 pts: Alto risco de complicações

CONCLUSÃO:

a) NEW YORK HEART ASSOCIATION (NYHA)

CLASSE I - Ind. com dça. cardíaca sem limitação da atividade física

CLASSE II - Ind. com dça. cardíaca com pequena limitação da atividade física

CLASSE III - Ind. com dça. cardíaca com importante limitação da ativ. física

CLASSE IV - Ind. com dça. cardíaca e incapaz de fazer atividade física

CONCLUSÃO:

c) AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGY (ASA)

ASA I - Índice saudável

ASA II - Índice com dça. sistêmica discreta

ASA III - Índice com dça. sistêmica grave/lim. da ativ./não incapacitante

ASA IV - Moribundo; sem esperança de sobrevivência p/24h c/ ou s/ cirurgia

CONCLUSÃO:

d) ÍNDICE DE RISCO CARDÍACO-GOLDMANE COL. (1997)

1. HISTÓRIA (a). Ind. +70 anos (5pt) (b) IAM prévio (10pt)

2. EX. FÍSICO (a) Galope ou estase jugular (11pt) (b) Estenose imp (3pt)

3. ECG (a) Ritmo não-sinusal/ BAP (7pt) (b) BVP + Smin (7pt)

4. ESTADO GERAL: PaO₂<60 / PaCO₂>50 / K<3/ Creatin >3/TGO/TGP Anormal

Insuf. Hepática / Ind. Acamado

IND.: GRUPO I (0-5 pt) compl. não fatal 0.7% fatal 0.2%

GRUPO II (6-12 pt).....5%.....2%

GRUPO III (13-25pt).....11%.....2%

GRUPO IV (+12 pt).....22%.....56%

CONCLUSÃO:

Ass. e carimbo Médico:

EXAMES

1. Ht/Hb/Pla.

2. Deuco/Bt/Seg:

3. Glicose:

4. Ur/Cr:

5. TS/TC:

6. TGO/TGP:

7. Tropo/CKmb:

8. ECG:

9. Urina-I:

10. ECO 2D:

11. U.Som:

12. RX Tórax:

13. TC/RNM:

Luis Henrique de Sousa 2015 1º TEN PM
RGPM 05188193-21 Mai 14435-3
Piauí - São do Agostinho

Dr. Henrique José Lima
CRM-PI 2101

Hospital Dirceu Arcoverde da Polícia Militar do Piauí -
(RPMP)

Av. Hilgino Cunha, 1642. Ilhéus.

CEP: 64.014-220, Teresina-PI

Fone: (86) 3216.520

CNPJ: 07.444.159-0002/25CNE52323451

**NEUROcentro**

Nome: NIVALDO FERREIRA DA MOTA
Convênio: INSTITUTO AROQUES (P.R.)
Solicitante: Dr(a) ALCIOMAR VERAS VIANA
Código: 318146.02 RG 1706627 esppl

Idade: 46 anos
Sexo: Masculino
Data: 30/05/2019 07:41
CPF

RAIO-X DO OMBRO DIREITO

Achados:

Luxação na articulação acromioclavicular inferindo lesão ligamentar.
Articulação glenoumeral com largura preservada.
Demais estruturas ósseas com morfologia e densidade normal.
Irregularidade na tuberosidade maior do úmero com calcificação de 1,9 cm na topografia, que pode corresponder a calcificação na inserção tendínea do manguito rotador.

Conclusão:

Raio-x do ombro direito evidencia luxação na articulação acromioclavicular inferindo lesão ligamentar.
Irregularidade na tuberosidade maior do úmero com calcificação de 1,9 cm na topografia, que pode corresponder a calcificação na inserção tendínea do manguito rotador.

Documento assinado digitalmente em 30/05/2019 por:
Dr. Fabio Augusto Costa Martins




Fabio Augusto Costa Martins
CRM-2632

Neurocentro

Rua Olavo Bilac, Centro, 1737, sala 01, (86)3217-1111
(86)32171111



NIVALDO FERREIRA DA MOTA

São Gonçalo do Gurguéia/PI
Instituto Azoague (p.r.) 0101010

PACIENTE COM HISTORIA DE TRAUMA COM

FRATURA DE CLAVICULA DIREITA.AO EXAME

**FRATURA CONSOLIDADA,POREM AINDA COM
LIMITAÇÃO**

DE ELEVAÇÃO DO MEMBRO

CID 10 - S 42

Teresina, 30/05/2019

Dr. Alciomar Veras Viana
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM: 2631 TEOT-10452

Dr. ALCIOMAR VERAS VIANA
CRM 2631

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição
013.839.163-73

Nome
NIVALDO FERREIRA DA MOTA

Nascimento
08/10/1972

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

19 MAR 2019

DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

NIVALDO FERREIRA DA MOTA

Carteira de Identidade

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RESIDUO
MUNICÍPIO
NOME
FLACIO
SÃO GONÇALO-PI
NATURALIDADE

DATA DE EMISSÃO
17/07/1996

NIVALDO FERREIRA DA MOTA
Alvino Ferreira da Silva
Carlinda Alves da Mota

08/10/1972
DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. nº 1.133, Liv. 03, Fls. 208.
exp. em São Gonçalo-PI, 03/04/1979.

CPF

Pratado em Brasília, Distrito Federal, 17/07/1996

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 SUPLENTE DE DIRETOR GERAL
 DE TRANSPORTES E LOGÍSTICA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

DOC. GERAL / ORG. EMITIDOR
 1451771 SPZ PI

CPF
 949.394.413-83

DATA DO NASCIMENTO
 29/07/1977

PAIS
 JOSE MIGUEL DA SILVA

MARIA CRISTINA DE SOUSA

PERMISSÃO **ACC** **OUTRO**

IF REGISTRO
 05983294635

VALIDADE
 03/01/2019

PRODUÇÃO
 04/01/2019

**VALIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL**
1554703040

PROBANDO PLASTICAS
1554703040

PIAUÍ

PJ CORRETORA
 DE SEGUROS

19 MAR 2019

DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190207412 **Cidade:** São Pedro do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NIVALDO FERREIRA DA MOTA **Data do acidente:** 24/10/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PG 1 E 22

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Sinistro - 31901207412

SOLICITAÇÃO DE REAGENDAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA

Eu, Nivaldo Ferreira da Mata
RG 1.706.627 / CPF 013.839.163-73
Residente a Rua Quenida Marechal Costello Branco 282 Cidade de
São Gonçalo do Piauí / Bairro: Centro
UF Piauí CEP 64.435-000

Telefone para contato: (86) 99348.1344 / (86) 99426.0920 / 99981.6008

Informo que não compareci anteriormente à perícia médica, pelo motivo a seguir:

Solicitei uma perícia médica DPVAT, me
paguei R\$ 1.687,50 e nem menos eu fui
induzido a perícia, recebi o valor mais não com
cede pois o valor foi baixo. Fui tratado
com desrespeito de pagamento no subtítulo
maior do número.

Local: São Gonçalo do Piauí - PI UF: Piauí DATA 05/06/2019

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

11 JUN 2019

DPVAT

Nivaldo Ferreira da Mata

ASSINATURA

OBS:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190207412 **Cidade:** São Pedro do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NIVALDO FERREIRA DA MOTA **Data do acidente:** 24/10/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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: 3190207412 **Cidade:** São Pedro do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NIVALDO FERREIRA DA MOTA **Data do acidente:** 24/10/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PG 1 E 22

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190207412 **Cidade:** São Pedro do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NIVALDO FERREIRA DA MOTA **Data do acidente:** 24/10/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO JÁ INDENIZADO EM 22/03/2019 NO VALOR DE R\$ 1.687,50 POR DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.
REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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

OUTORGANTE: Nivaldo Ferreira da Mota BRASILEIRO (a) ESTADO
CIVIL Casado PROFISSÃO Lavador CI RGN. Nº 1.706.627 CPF/IME
Nº 013.839.163-73 RESIDENTE E DOMICILIADO (a) A
RUA Avenida Marechal Castelo Branco 282 Centro
CIDADE DE São Gonçalo do Piauí - PI
ESTADO Piauí CEP 64.435-000

OUTORGADO: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA SOB CPF Nº 849.394.433-53 E RG SOB
Nº 1.651.371 SSP-PI COM ENDEREÇO CITO A RUA SETE DE SETEMBRO Nº 244 BAIRRO
CENTRO NA CIDADE DE ELESBAO VELOSO ESTADO DO PIAUÍ-PI

PODERES: O OUTORGANTE *concede poderes especiais ao OUTORGADO* para: Enviar
documentos, receber correspondência, solicitar informações por escrito ou telefone, ter
acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e
acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto
a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos
apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Original - Piauí - PI 05 de Dezembro de 20 18

Nivaldo Ferreira da Mota

OUTORGANTE

Cartório Único de Registros
Av. Mal. Castelo Branco 2
São Gonçalo do Piauí
CEP - 64.435-000



RECONHEÇO A FIRMA DE
Nivaldo Ferreira da Mota
outorgante - Nivaldo Ferreira da Mota
São Gonçalo do Piauí - PI

Antonio Nascimento de Oliveira
Tabelião Oficial de Registros
Matrícula Nº 4087372

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0092822/19

Número do Sinistro: 3190207412

Vítima: NIVALDO FERREIRA DA MOTA

CPF: 013.839.163-73

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 24/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: NIVALDO FERREIRA DA MOTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 11/06/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/06/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL