

---

**Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200154091**

**Vítima: FRANKNILSON BRAGA DA SILVA**

**Data do Acidente: 12/01/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), FRANKNILSON BRAGA DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 12 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200154091

Vítima: FRANKNILSON BRAGA DA SILVA

Data do Acidente: 12/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANKNILSON BRAGA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: FRANKNILSON BRAGA DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001987

Conta: 000002512-5

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 016.967.313-80 4 - Nome completo da vítima: Franklinson Braga da Silva

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

5 - Nome completo: Franklinson Braga da Silva 6 - CPF: 016.967.313-80  
7 - Profissão: Alex Cozinha 8 - Endereço: Rua Francisco de Assisgarib 2802 9 - Número: 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Vila Toma dulce 12 - Cidade: Curitiba 13 - Estado: PR 14 - CEP: 61.028.270  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86) 9944730591

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

17 - Nome completo do Representante Legal:  
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:  
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).  
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa Econômica

AGÊNCIA: 398700 CONTA: 25125 (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 22.04.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

DADOS CADASTRAIS

PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO





## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000097/2020-70

**Unidade Policial:** DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO **Responsável Registro:** Michelly Dayanne Soares Do Nascimento

**Delegado:** ERIKA MOURÃO MELO DE AGUIAR

**Data/Hora:** 20/04/2020 - 21:56

### DADOS DA OCORRÊNCIA

**Unidade Policial Responsável**

**Data/Hora**

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

12/01/2020 - 21:00

**Tipo Local**

VIA PÚBLICA

**Município**

TERESINA

**Bairro**

PEDRA MIÚDA

**Endereço**

BR 316, Nº: 00

**Ponto de Referência**

LOCALIDADE PEDRA MIUDA

**Complemento**

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

**Nome:** FRANKINILSON BRAGA DA SILVA

**Tipo Envolv.:** VITIMA/Noticiante

RG: 2434965 PI PI

Mãe: ANTONIA RODRIGUES DA SILVA

Pai: EXPEDITO BRAGA DE ABREU

Endereço: AVENIDA FRANCISCO DE ASSIS GARCIA, Nº 2802

Bairro: VILA IRMÃ DULCE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8874-7349

### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

**Natureza(s) da Ocorrência**

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

### OBJETO(S) MATERIAL(IS) ENVOLVIDO(S)

1 - OUTROS.

Cor: Prata

Qtd: 1

Valor: 0,00

Modelo: CHEVROLET / CLASSIC LS

Marca: CHEVROLET /CLASSIC LS

Nº Série:

### RELATO DA OCORRÊNCIA

A VITIMA RELATA QUE VINHA NA VIA CITADA COMO PASSAGEIRO DO VEICULO UM CHEVROLET / CLASSIC LS DE PLACA NXE8854 CHASSI 9BGSU19F0CB166593 ANO 2011/2012 DE PROPRIEDADE DE IRISMAR SILVA DOS S. SARMENTO . QUANDO O CONDUTOR FRANKEI BRAGA DA SILVA , PERDEU O CONTROLE E CAIU NA REBANCEIRA . A VITIMA NOTICIANTE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT (PRONT. 124748)

Delegacia Virtual - WEB

FRANKINILSON BRAGA DA SILVA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Lucy Keiko Leal Paraiiba  
Delegada Geral da Polícia Civil-PI  
Mat.: 196.331-7

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 016.967.313-80 4 - Nome completo da vítima: Franklinson Braga da Silva

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

5 - Nome completo: Franklinson Braga da Silva 6 - CPF: 016.967.313-80  
7 - Profissão: Alex - Cozinha 8 - Endereço: Rua: Francisco de Assisgarib 2802  
11 - Bairro: Vila Toma dulce 12 - Cidade: Curitiba 13 - Estado: PR 14 - CEP: 61.028.270  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86) 9944730591

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa Econômica

AGÊNCIA: 398700 CONTA: 25125  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS

DADOS CADASTRAIS

PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

# 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: 06/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANKNILSON BRAGA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01987

CONTA: 000000002512-5

---

Nr. da Autenticação E90C0FAD31428E38

# ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ 17.057.874/0001-10 - LOPINHEIRA  
Av. Prof. Camilo Filho, 2060, Tardes do Santos, Cep 64209-040  
Teresina - PI - F: (0800) 223 2008 ou 333 / (91) 3612A-1126

MATRICULA 23488700-1 FATURA Nº 151275603  
MÊS / ANO 4/2020

NOME / ENDEREÇO

MORADOR EXPEDITO BRAGA DE ABREU

RUA FRANCISCO DE ASSIS GARCIA, 2802-VILA IMA  
DULCE-TERESINA-PI-cep: 64018270

LOCALIZAÇÃO

012-00028-007030

GRUPO

012

NUMERO DE HOMICÍMETRO

A04L525266

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	TIPO	USO	RETURADO
03/2020	1.440	89	18
02/2020	1.440	87	18
01/2020	1.440	17	18
12/2019	1.440	17	18
11/2019	1.440	17	18
10/2019	1.440	23	18

ECORRIMENTOS - CATEGORIAS / TIPO TÁBULA

1 Residencial - Normal

	DATA	LEITURA
ANTERIOR	18/03/2020	1251
ATUAL	17/04/2020	1261

CONSUMO (M3) M3

10

VALOR M3  
M3 10,0000 - 10,0000 - 10,0000

PREÇO M3

10

CONSUMO M3 10,0000 - 10,0000 - 10,0000

TÁBULA DE PREÇOS

RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO (M3) E (M3)	PREÇO
0 - 10	0 - 10,0000	00
10 - 20	10,0000 - 20,0000	00
20 - 30	20,0000 - 30,0000	00

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

DESCRIÇÃO	QTD	VALOR
VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66		
> Residencial-Normal	10,0 m3	30,66

NÃO RESIDENCIAL  
FAIXA DE CONSUMO (M3) E (M3)

VENCIMENTO

29/04/2020

TOTAL A PAGAR

30,66

IRREGULARIDADES / ANOMALIAS

MENSAGEM

A VIOLAÇÃO DO CORTE / AUTO RELIGAÇÃO PELO CONSUMIDOR É PASSÍVEL DE  
MULTA NO VALOR DE R\$ 459,00 A R\$ 2.516,00



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 18.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAZ 08/98

Nº da Nota Fiscal 027701995

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	01/10/2019	162	164,27

MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL  
R. 24 DE JANEIRO 554 554 CENTRO  
CPF: 00059007125320  
CEP: 64.000-902 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020100

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	13692	Atual:	24/09/2019
Anterior:	13530	Anterior:	26/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	24/10/2019
Consumo Medido:	162	Emissão:	23/09/2019
Consumo faturado:	162	Apresentação:	24/09/2019
Forma de faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	29
Código de Irregularidade:			

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Méda 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335		1.1.1.1	152

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Máximo consumo	
AGO/19 158	CONSUMO 162 A R\$ 0,912203 = 147,77
JUL/19 151	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 12,74
JUN/19 154	CORRECAO MONETARIA DA 08/19-00 0,01
MAI/19 140	CORRECAO MONETARIA IG 08/19-00 0,16
ABR/19 143	MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00 0,24
MAR/19 153	JUROS DE MORA ATRASO 08/19-00 0,03
FEV/19 204	MULTA POR ATRASO 08/19-00 2,89
JAN/19 133	JUROS POR ATRASO 08/19-00 0,43
DEZ/18 136	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 6,47
NOV/18 160	

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 162 - 0,655310

### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 23/09/2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO EDB6.4877.CB67.B7EF.2C30.806E.B8A3.BC4E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	31,07	Base de Cálculo:	147,77 115,26
Energia:	60,00	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	10,14	Valor do ICMS:	32,50
Encargos:	4,96	Valor do PIS:	1,40%
Tributos:	41,60	Valor do COFINS:	6,49%
			7,48

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			PIC			OMC	OICR
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunto	TERESINA-MACAUBA						Período de apuração:	07/2019 RUSD: 53,46

ROT: 17.001.31.11.020100

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0051867-0	164,27
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
09/2019	01/10/2019
Nº da Nota Fiscal: 027701995 FCAM	

83620000001 3 64270017000 3 000000000051 3 86700919008 5



SEQ.: 00340 UC: 0051867-0 DT.LEIT.: 24/09/2019 T.ENTR.: 09  
LEITURA: 13692 NORMAL TOTAL: 164,27 CARGA: 010  
DT.VENC.: 01/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2072



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 89 | 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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Keylly Lavoura de Oliveira  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.802.303-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Franknilson Braga da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 016.967.313-80

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Franknilson Braga da Silva  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 016.967.313-80, 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, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua: 24 de Janeiro</u>	Número: <u>554</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>centro</u>	Cidade: <u>Tuesina</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64.000.902</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 944720501</u>

Local e Data: Tuesina - Piauí 22.04.2020

Keylly Lavoura de Oliveira  
Assinatura do Declarante





Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU  
192

Dados do Chamado

01 Nº do chamado 1666. 02 Data do chamado 12/01/20 03 PRO (código) 2900 04 Saída do PA 21-35 05 Chegada ao local 21:50  
06 Saída do local 22:24 07 Chegada ao 1º hospital 22:37 08 Saída do 1º hospital 09 Chegada ao 2º Hospital

Local da Ocorrência

10 Endereço BR-316 - Localidade Pedra Linda - Código IBGE  
11 Bairro 12 Município-UF

Dados do Paciente

13 Ponto de referência 14 Nome Franklinha Braga da Silva 15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado  
16 Idade 99/08/89 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Tipo de Ocorrência

18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros  
02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido  
03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado  
04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência  
05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares

Acidente de Transporte

19 Vítima 20 Meio de locomoção 21 Outra parte envolvida 22 Equipamentos de segurança  
1 - Pedestre 1 - A pé 5 - Ônibus/Micro-ônibus 1 - Automóvel 5 - Objeto fixo  
2 - Condutor 2 - Automóvel 6 - Outro 2 - Motocicleta 6 - Animal  
3 - Passageiro 3 - Motocicleta 9 - Ignorado 3 - Ônibus/Micro-ônibus 9 - Outra  
9 - Ignorado 4 - Bicicleta 4 - Bicicleta 9 - Ignorado 9 - Ignorado

Exame Físico

23 Glasgow = 15 RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Espontânea 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma  
24 Sinais Vitais Pulso 87bpm Resp. PA 120/80 TAX. 96%  
25 Local da lesão

Assistência

26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente  
28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não 29 Escala de Dor de 0 a 10 30 Fratura 1 - Sim 2 - Não  
31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) 32 Hospital de Destino HUT  
33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado 34 Óbito 1 - Sim 2 - Não

Hospital de Destino

35 Glicemia 36 Acesso Venoso RL 500ml EV 37 Medicamentos a) b) c) 38 Não Removido

Observações Interdisciplinares

Paciente vítima de Politrauma por capotamento em via de Alta velocidade. Entressa hemodinamicamente e consciente. Paciente com quadro estabilizado e transportado para transporte sem intercorrência.

Socorristas Médico Delformoni AE/TE Enfermeiro Mychell Conductor Vaflec





**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Frankelson Braga da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 124748

**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".



**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

ORTOPEDIA

**BOLETIM DE ENTRADA (BE)****DADOS DO PACIENTE:**

<b>Nome:</b> FRANKNILSON BRAGA DA SILVA		<b>Prontuário:</b> 124748	
<b>Mãe:</b> ANTONIA RODRIGUES DA SILVA		<b>Pai:</b> EXPEDITO BRAGA DE ABREU	
<b>End.Resid.:</b> AVEN. FRANCISCO DE ASSIS GARCIA N2802 - VILA IRMA DULCE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
<b>Nascimento:</b> 29/08/1987	<b>Idade:</b> 32a4m14d	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Fone:</b> 86-99413-4268
<b>Responsável:</b> FRANKEL BRAGA		<b>CNS:</b> 161966922090004	
<b>Profissão:</b> AUX DE COZINHA		<b>Documento:</b> RG: 2434965 - SSP-PI	
<b>G. Instrução:</b> Médio Completo		<b>E.Civil:</b> Solteiro(a)	

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<b>Código:</b> 761386	<b>Entrada:</b> 12/01/2020 22:40:32	<b>Convênio:</b> S U S	<b>Proced:</b> 0301060029
<b>Motivo da Procura</b> (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA OCUPANTE AUTOMÓVEL			
<b>Condução:</b> AMBULÂNCIA DO SAMU			

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>Sinal/Sintoma de Apresentação:</b>	<b>Classificação:</b>	<b>Cor:</b> Indefinido
<b>Breve História Clas. Risco:</b>		?

<b>SSVV:</b>	(Hora: ____:____)			
<b>Peso:</b> 0,00 Kg	<b>Altura:</b> 0,00 M	<b>IMC:</b> 0,00 Kg/m2	<b>Pulso:</b> bpm	<b>Pressão:</b> mmHg

**Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:**

PACIENTE VITIMA DE POLITRAUMA POR CAPOTAMENTO EM VIA DE ALTA VELOCIDADE  
EUPNEICO, ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE E CONSCIENTE  
QUADRO ESTABILIZADO E IMOBILIZADO  
SINAIS VITAIS: PA: 120/80MMHG, FC: 87BPM, SAT: 96%SPO2

- A) VIAS AEREAS PERVIAS, COM FONAÇÃO PRESERVADA, SEM CERVICALGIA  
3) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE; EXPANSIBILIDADE PRESERVADA;  
C) BNF, RR, 2T; ABDOME FLÁCIDO, PELVE ESTÁVEL;-  
D) PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES. GLASGOW 15  
E) MEMBRO ISUPERIOR ESQUERDO COM SUSPEITA DE FRATURA EXPOSTA

RAIO-X REALIZADO

DATA 13/01/2020

Técnico: [Assinatura]

CID:

Diagnóstico Inicial:

?

**Exames Complementares:**

- (1410104) - MAO ESQUERDA  
(1410105) - BRACO ESQUERDO  
(1410106) - TORAX PA E PERFIL

RAIO-X REALIZADO

DATA 13/01/2020

Técnico: [Assinatura]

**Prescrição Médica:**

Ao C C

Ellayne Mendes R. de Oliveira  
SAME - HUT  
Confere com o Original

**Motivo da Alta/Encerramento:**

Observação (Adulto)

DATA: / /

HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

MATHEUS VILARINHO SERRA  
CRM 7423 Em: 12/01/2020 23:00:59

Dr. Marcelo Ribeiro  
Médico Cirurgião Geral  
CRM: 5412/PI 8588/MA



HO( )AL DE

**PRESCRIÇÃO MÉL.CA**

custino

[illegible]



NOME Franknilson Braga da Silva IDADE 32 anos DATA 13/01/2020

HORÁRIO DE ADMISSÃO 04h30 min TIPO DE ANESTESIA ☒ GERAL( ) RAQUE( ) BLOQUEIO( ) PERIDURAL( ) SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA Tratamento cirúrgico de fratura de CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>149/84</u>	<u>146/67</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>84</u>	<u>119</u>
SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%)	<u>93%</u>	<u>98%</u>
TEMPERATURA AXILAR (0° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Adelino</u>	<u>Gesiane da Silva Ribeiro</u> COREN-PI: 514439-TE <u>Adelino</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO			SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O <sub>2</sub>	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO						TOTAL <u>09</u>
ESCALA DE DOR ALTA						ASS. <u>nao</u>

SONDA VESICAL	( ) DRENO DE SUÇÃO	( ) DRENO TORACICO	( ) DVE	( ) COLOSTOMIA	SONDA ( ) NASOG ( ) NAS
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

04:30- Paciente chega na RPA no POI de tratamento cirúrgico de fratura de metacarpo "E", sonolento, ne pinçada espontânea, boa SpO<sub>2</sub>, normocárdico, em HU, sem queixas

07:40 Alta de SRPA.

MF Aparecida Coutinho  
COREN-PI 200517-ENF

Elayne Mendes de Oliveira  
SAME - HUT  
Confere com Original

RAIO-X REALIZADO  
na TBS A. Parradas  
1457434-ENF  
DATA  
Técnico

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO [ ] EXTERNO [ ] SALA DE GESSO [ ] IMAGENS E GRÁFICOS [ ]

POSTO: [ ] 11 [ ] 12 [ ] 13 [ ] EMERGÊNCIA PED. UTI: [ ] PED [ ] NEURO [ ] GERAL [ ] 14 [ ] QUEIM. CLÍNICA: [ ] PED [ ] JNEU [ ] CIR [ ]



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

### Centro Cirúrgico

Nome do Paciente Franklinson Braga da Silva

Diagnóstico pré-operatório Fx - lesões expostas da mão e

Operação - Tipo luc + Fimocor com fix de Kirsch

Cirurgião Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra

1º Assistente

2º Assistente

Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 3918 TCC: 13135

3º Assistente

Instrumentador(a) Domínguez

Anestesista Dr. João

Anestesia geral

Anestésico(a)

Data da Operação 13/01/2020

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

0413042178 - T009

0408070377 - 5683 (2x)

Relatório Imediato do Patologista

60703031358 12x em  
cada dedo)

Acidente Durante a Operação

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Paciente em decúbito dorsal sob anestesia geral
- ② Limpeza + Antissepsia + Aplicação de Pseudo Estéril
- ③ Luc da mão e
- ④ Fimocor de fx do 2º metacarpo
- ⑤ Fimocor de lesões metacarpo falange do 3º dedo
- ⑥ Suturas.

Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 3918 TCC: 13135

Ellayne Mendes R. de Oliveira  
SAE - HUT  
Confere com o Original

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA NASC	IDADE	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
FRANKNILSON BRAGA DA SILVA		124748	29/08/1987	32	231	EXT 1	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					HORÁRIOS		
DATA/HORA							
CÓDIGO							
DI : 13/01/2020	FRAT DO METACARPO E						
14/01/20							
1	Dieta oral livre						
2	Jeico salinizado						
3	Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs SN						
4	Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs						
5	Bromoprida 10mg/ml - 1amp + AD EV 8/8 hs SN						
6	Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8hs SN						
7	Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h						
8	Cuidados gerais e sinais vitais						
<div>Dr. Fábio Henrique L. L. Silva Ortopedia e Traumatologia / CRM 13367</div> <div>Elayne Mendes R. de Oliveira SAM-UT Confere com o Original</div>							
Dr. Jordano Cronembregger / Dr. Yuri Inacio Felix / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Vessio Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia CRM 3415-TEOT 10029 / CRM 12308 / CRM 3766-TEOT 11305 / CRM 4367							





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Ne Landoy

279890

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	<b>255834</b>

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANKNILSON BRAGA DA SILVA				6 - Prontuário: 124748	
7-CNS: 161966922090004		8-Nascimento: 29/08/1987		9-Sexo: Masculino	
11-Mãe: ANTONIA RODRIGUES DA SILVA				RG: 2434965 - SSP-PI	
13-Resp: FRANKEL BRAGA				12-Fone: 86-99413-4268	
15-Ender: AVEN. FRANCISCO DE ASSIS GARCIA N2802 - VILA IRMA DULCE - CEP: 64000-010				14-Cor: Sem Informação	
-Munic: TERESINA		17-Cod.IBGE: 221100		18-UF: PI	
				19-CEP: 64000-010	

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:			
Paciente com fratura do 2º metacarpo do mão E + Fx - Luxação do 3º dedo			
21 - Condições que justificam a internação:			
Verdade de T7º Lunge			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):			
Acum + Grosse Junt R.			
23-Diagnóstico Inicial: (Informação Posterior)	24-CID Prim:	25-CID Sec.:	26-CID C.Ass.

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:		Tempo: 99
0415030013 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO		
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 02 01 000.058.973-00	Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra Ortopedia e Traumatologia CRM: 39187 EOI: 13135
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:	34-Data Solicitação: 12/01/2020	
CELSON ANTONIO MENDES COIMBRA		35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- ( ) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
37- ( ) Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
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:	Elayne Mendes R. de Oliveira SAME - HUT Confere com o Original
48-Documento: ( ) CNS ( ) CPF	49-Num. Documento:	50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Franknilson Braga da Silva</i>		Usuário: (LAYLA MORAIS) Consulta Local: 761386 Consulta SUS: Impressão: 13/01/2020 03:24



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 279890
	AIH: 2220100098513
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

### 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 702906536387271	NOME DO PACIENTE FRANKNILSON BRAGA DA SILVA	NASCIMENTO 29/08/1987	SEXO M	PRONTUÁRIO 124748
DOCUMENTO CPF 86994134268	TELEFONE 86994134268	NOME DA MÃE ANTONIA RODRIGUES DA SILVA	RESPONSÁVEL FRANKEL BRAGA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO RUA FRANCISCO DE ASSIS GARCIA	NUMERO / LOTE 2802		
BAIRRO VILA IRMA DULCE	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

#### PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS

PACIENTE VITIMA DE POLITRAUMA POR CAPOTAMENTO EM VIA DE ALTA VELOCIDADE EUPNEICO, ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE E CONSCIENTE QUADRO ESTABILIZADO E IMOBILIZADO SINAIS VITAIS: PA: 120/80MMHG, FC: 87BPM, SAT: 96% SPO2A) VIAS AEREAS PERVIAS, COM FONCAÇÃO PRESERVADA, SEM CERVICALGIA B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE; EXPANSIBILIDADE PRESERVADA; C) BNF, RR, 2T; ABDOME FLACIDO, PELVE ESTAVEL; D) PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES. GLASGOW 15E) MEMBRO ISUPERIOR ESQUERDO COM SUSPEITA DE FRATURA EXPOSTA

#### CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

0413040178 T009 LMC0408020377 S626 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARJA DOS METACARPIANOS

#### PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

#### COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0415030013 - TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

#### LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

#### CARÁTER

URGENCIA

#### DATA SOLICITAÇÃO

12/01/2020

CELSON ANTONIO MENDES COIMBRA

CPF: 00005897300

CRM:

#### DATA ADMISSÃO

12/01/2020 22:40

#### DATA ALTA

14/01/2020 09:00

#### MOTIVO ALTA

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(Nº DO CONSELHO))

ANTONIO CASTELO BRANCO DE DEUS  
CPF: 01309423326

CRM:

DATA ANALISE: 11/02/2020 16:15:22

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANALISE

Confere com o Original

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

## BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 13 / 04 / 2020

NOME DO PACIENTE: <u>Franklinson Bruno da Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>424748</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Fx - Lombar agudo afetando fômites</u>	CIRURGIA: <u>rec + fômites com</u>
ANESTESIA: <u>Dr. João</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. João</u>	CPF Nº: <u>João de Almeida</u>
AUXILIAR: <u>Dr. L</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Dr. L</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Coimide</u>	CPF Nº: _____

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	2		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	1	
AGULHA 30X8	UNID.	1		LUVA Nº <u>715</u>	PAR	2	
AGULHA 40X12	UNID.	2		LUVA Nº <u>710</u>	PAR	2	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	13	
ÁLCOOL 70%	ML	70		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	2		SERINGA 20CC	UNID.	3	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	1		SERINGA 10CC	UNID.	1	
ESPARADRAPO	CM	70		SERINGA 5CC	UNID.	1	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO 500ml	FRASCO	6	
GASES	PAC.	4		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-		<u>Blutecod</u>	-	5	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				<u>atadura xipom</u>		2	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>urina desmonte</u>		3	
CAT. GUT. CROMADO C/AG.				<u>pis de xipom 15</u>		6	
CAT. GUT. CROMADO S/AG.				Elayne Mendes R. de Oliveira			
ALCOFIL				SAME - HUT			
MONONYLON				Confere com o Original			
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: <u>Mama</u>			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Exata</u>			
PROLENE							



# FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE: <u>Franklinson Braga da Silva</u>					Nº DE REGISTRO: <u>124748</u>	
DATA: <u>13/01/2020</u>	P. ARTERIAL: <u>140 x 90 mmHg</u>	PULSO: <u>70 bpm</u>	RESPIRAÇÃO: <u>100 l</u>	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜINEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA: <u>Paciente estável sem queixas. Nega dispnéia e cianose.</u>						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARÁXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO				TOTAL DE DOSES
		1 3800				
		2 3800				
		3 3800				
LÍQUIDOS		SO-UTO 500				
		400				
		SANGUE 300				
		200				
		OUTROS 100				
TEMPERATURA		Cº 260				
		T 240				
		2				
P. ARTERIAL		38 200				
V O		50/0:180				
PULSO		160				
		1				
INÍCIO E FIM ANESTESIA		140				
		120				
		100				
		80				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		60				
		40				
RESPIRAÇÃO		20				
		10				
SÍMBOLOS					DURAÇÃO: <u>Atropina 0,75</u>	
TÉCNICAS				INCIDENTE - ACIDENTE		
OPERAÇÕES				<p>Elayne Mendes R. de Oliveira SAME - HUT Confere com o Original</p>		
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
PARITICULARIDADES				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		



**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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **FRANKNILSON BRAGA DA SILVA** (Prontuário: 124748)  
Endereço: AVEN. FRANCISCO DE ASSIS GARCIA N2802 - VILA IRMA DULCE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 29/08/1987 Idade: 29a6m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 598181  
Requisição: 726547 Solicitação: 12/03/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 904988 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 12/03/2017

**MAO ESQUERDA**

O estudo radiológico da mão esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Aumento de volume de partes moles.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 23/03/2017

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Ellayne Mendes R. de Oliveira  
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: 05.522.917/0022-02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **FRANKNILSON BRAGA DA SILVA** (Prontuário: 124748)  
Endereço: AVEN. FRANCISCO DE ASSIS GARCIA N2802 - VILA IRMA DULCE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 29/08/1987 Idade: 32a4m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 761386  
Requisição: 1047638 Solicitação: 12/01/2020 Solicitante: MATHEUS VILARINHO SERRA  
Controle: 1410108 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 12/01/2020

**MAO ESQUERDA**

O estudo radiológico da mão esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas completas recentes no colo do 2° e 3° metacarpos com desvio.
- Presença de fixador externo.
- Aumento de volume das partes moles.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 16/01/2020

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Ellayne Mendes R. de Oliveira  
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: 05.522.917/0022-02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **FRANKNILSON BRAGA DA SILVA** (Prontuário: 124748)  
Endereço: AVEN. FRANCISCO DE ASSIS GARCIA N2802 - VILA IRMA DULCE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 29/08/1987 Idade: 32a4m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 761386  
Requisição: 1047638 Solicitação: 12/01/2020 Solicitante: MATHEUS VILARINHO SERRA  
Controle: 1410109 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204040051

Data Exame: 12/01/2020

**BRACO ESQUERDO**

O estudo radiológico do braço esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil, os seguintes aspectos foram observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Aumento de volume das partes moles.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 16/01/2020

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Ellayne Mendes R. de Oliveira  
SAME - HUT  
Confere com o Original

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0632697

Franknilson Braga da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.434.965 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/12/14

NOME  
FRANKNILSON BRAGA DA SILVA

FILIAÇÃO  
ANTONIA RODRIGUES DA SILVA  
EXPEDITO BRAGA DE ABREU

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 29/08/1987

DOC. ORIGEM  
CERT.NASC. 21858 L/B58 F 96  
EXP TERESINA-PI 02/12/11

TERESINA - PI  
016.967.313-80 ASSINATURA DO DIRETOR

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





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200154091 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANKNILSON BRAGA DA SILVA **Data do acidente:** 12/01/2020 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 29/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA/LUXAÇÃO EXPOSTA DA MÃO ESQUERAO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO).  
ALTA.(P3/6FC/10/11/12/13)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERAO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DA MÃO ESQUERAO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200154091 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANKNILSON BRAGA DA SILVA **Data do acidente:** 12/01/2020 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 29/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA/LUXAÇÃO EXPOSTA DA MÃO ESQUERAO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO).  
ALTA.(P3/6FC/10/11/12/13)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERAO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DA MÃO ESQUERAO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Franknilson Braga da Silva

RG: 2434965 Órgão Emissor: SSP-PT

CPF: 016.967.313-80 Nacionalidade: Brasileiro

Est. Civil: casado Profissão: Mediador de Idoso

Endereço: Rua Francisco de Assis Gomes Nº 2802

Bairro: Ula Imaduka Cep: \_\_\_\_\_ Cidade/UF: Teresina-PI

Telefone: (86) 98887-7169 ( ) \_\_\_\_\_

### OUTORGADO:

Nome: keylly mouro de oliveira

RG: 2.212.129 Órgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00

Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros

Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro Nº 554, Bairro: Centro norte

Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí

Telefone: (86) 99472-9591 ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem 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 deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: Franknilson Braga da Silva

CPF: 016.967.313-80 Data do Acidente: 12/01/2020

Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente ( ) DAMS ( ) Morte

Teresina, Piauí 17 02 2020

Local e data

Franknilson Braga da Silva

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

**TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS**  
Rua Lázaro Hogueiro, 1221 - Centro - CEP: 64000-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-6158 - E-mail: atendimento@cartorio3.com.br  
Titular: Antônia Gonçalves da Sampaio Pereira

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANKNILSON BRAGA DA SILVA, DOU FE. EM TEST. Sim DA VERDADE.  
Teresina-PI, 17/02/2020 Selo: AAU73187-1BY4  
www.tjpi.jus.br/portalexta

Maria do Socorro de Carvalho de Bene-Escritora Autorizada  
Emol: 4,02 TJ: 0,80 FPM/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 5,18 - OP: 166  
PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPVAT

**3º OFÍCIO DE NOTAS**

Cartório Themistocles Sampaio  
3º OFÍCIO DE NOTAS  
Maria do Socorro de Carvalho de Bene  
Escritora Autorizada  
Teresina-PI

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELO  
DIGITAL