

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Lucas de Sousa Santos
ASSINATURA DO TITULAR
01/06/1997

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.916.898 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/06/13

NOME LUCAS DE SOUSA SANTOS

FILIAÇÃO SOCORRO MARIA DE SOUSA
GONÇALO DOS SANTOS

NATURALIDADE BATALHA-PI DATA DE NASCIMENTO 01/06/1997

DOC. ORIGEM CERT.NASC. 20643 L 46 F 66V
EXP BATALHA - PI 27/11/97

TERCEIHA - PI 072.404.643-77 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 29/08/93 - DECRETO Nº 89.250/93

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
29 MAR 2013
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 466 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.062-478

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENIDO NAO VERIFICADO
29 MAR 2010
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja G
Centro - Norte CEP: 64.002470

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180144134 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS DE SOUSA SANTOS **Data do acidente:** 28/10/2017 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TIBIA DIREITA,
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR,
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES.

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

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM do médico: 52.35988-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180320178 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS DE SOUSA SANTOS **Data do acidente:** 28/10/2017 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TIBIA DIREITA + FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. SINISTRO Nº3180144134 ANALISADO E SEM SEQUELA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180144134 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS DE SOUSA SANTOS **Data do acidente:** 28/10/2017 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TIBIA DIREITA,
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR,
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES.

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

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM do médico: 52.35988-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

5

OUTORGANTE: <i>Lucas de Sousa Santos</i>		
Nacionalidade: Brasileiro (a)	Estado Civil: <i>solteiro</i>	Profissão:
Identidade nº: <i>3.916.891</i>	CPF nº: <i>072.404.643-77</i>	
Endereço: <i>R. Recife N: 958 990 Vila Franca</i> <i>Barras - Piauí</i>		
CEP: <i>64.100-000</i>	Telefone: (86) <i>99982-3093</i>	

OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

Identidade nº: 1.457.994-SSP/PI

CPF nº: 703.754.703-44

Profissão: Bacharel em Direito

Telephone: (86) 9 9405-4326/ 9982-3093/ 8828-8177

Endereço: Rua Henrique Dias, Nº 790, Bairro: Vermelha – Teresina – PI, CEP: 64.019-330

PODERES: Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador a outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar a pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia medica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para a fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO, OBRIGATORIO DPVAT** para a Vítima

Lucas de Sousa Santos

Barras-Piani 12 1031 2018

Local e data

* bucas de David Santos

- Outorgante -

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTINUIDADE NÃO VERIFICADA
29 MAR 2010
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 466 Loja G
Centro - Norte CEP: 64.002470



5

OUTORGANTE: <i>Lucas de Sousa Santos</i>		
Nacionalidade: Brasileiro (a)	Estado Civil: <i>solteiro</i>	Profissão:
Identidade nº: <i>3.916.891</i>	CPF nº: <i>072.404.643-77</i>	
Endereço: <i>R. Recife N: 958 990 Vila Franca</i> <i>Barras - Piauí</i>		
CEP: <i>64.100-000</i>	Telefone: (86) <i>99982-3093</i>	

OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

Identidade nº: 1.457.994-SSP/PI

CPF nº: 703.754.703-44

Profissão: Bacharel em Direito

Telephone: (86) 9 9405-4326/ 9982-3093/ 8828-8177

Endereço: Rua Henrique Dias, Nº 790, Bairro: Vermelha – Teresina – PI, CEP: 64.019-330

PODERES: Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador a outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar a pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia medica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para a fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO, OBRIGATORIO DPVAT** para a Vítima

Lucas de Sousa Santos

Barras-Piani 12 1031 2018

Local e data

* bucas de David Santos

- Outorgante -

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTINUIDADE NÃO VERIFICADA
29 MAR 2010
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 466 Loja G
Centro - Norte CEP: 64.002470

PROCURACAO PARTICULAR

OUTORGANTE: <i>Lucas de Sousa Santos</i>		
Nacionalidade: Brasileiro (a)	Estado Civil: <i>solteiro</i>	Profissão:
Identidade nº: <i>3.916.898</i>	CPF nº: <i>072.404.643-77</i>	
Endereço: <i>R. Recife N: 958 990 Vila Franca</i> <i>Barras - Piauí</i>		
CEP: <i>64.100-000</i>	Telefone: (86) <i>99982-3093</i>	

OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

Identidade nº: 1.457.994-SSP/PI

CPF nº: 703.754.703-44

Profissão: Bacharel em Direito

Telephone: (86) 9 9405-4326/ 9982-3093/ 8828-8177

Endereço: Rua Henrique Dias, Nº 790, Bairro: Vermelha – Teresina – PI, CEP: 64.019-330

PODERES: Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador a outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar a pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia medica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para a fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATORIO DPVAT** para a Vítima

Lucas de Sousa Santos

Barras-Piani 12 1031 2018

Local e data

* Bureau de David Santos

- Outorgante -

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTINUIDADE NÃO VERIFICADA
29 MAR 2010
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 466 Loja G
Centro - Norte CEP: 64.002470



Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **LUCAS DE SOUSA SANTOS**

Nº Sinistro: **3180320178**

Vitima: **LUCAS DE SOUSA SANTOS**

Data do Acidente: **28/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180320178**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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 13105318



Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: LUCAS DE SOUSA SANTOS

Nº Sinistro: 3180320178
Vitima: LUCAS DE SOUSA SANTOS
Data do Acidente: 28/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180320178**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **28/10/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

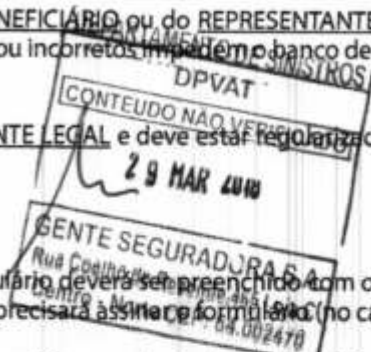
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").



Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

072.404.643-77

Lucas de Sousa Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Lucas de Sousa Santos		CPF titular da conta 072.404.643-77	Profissão Desenho
Endereço Rua Recife		Número 958,990	Complemento
Bairro Vila Franca	Cidade Barras	Estado Piauí	CEP 64.100-000
Email		Telefone (DDD) 86 99405-4326	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ 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

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

- ☒ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

5792

(Informar dígito se existir)

22638

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Barras, 22 de março de 18

Local e Data

Lucas de Sousa Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

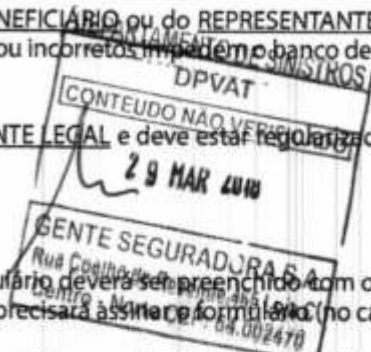
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").



Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

072.404.643-77

Lucas de Sousa Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Lucas de Sousa Santos		CPF titular da conta 072.404.643-77	Profissão Desenho
Endereço Rua Recife		Número 958,990	Complemento
Bairro Vila Franca	Cidade Barras	Estado Piauí	CEP 64.100-000
Email		Telefone (DDD) 86 99405-4326	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ 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

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

- ☒ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

5792

(Informar dígito se existir)

22638

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Barras, 22 de março de 18

Local e Data

Lucas de Sousa Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

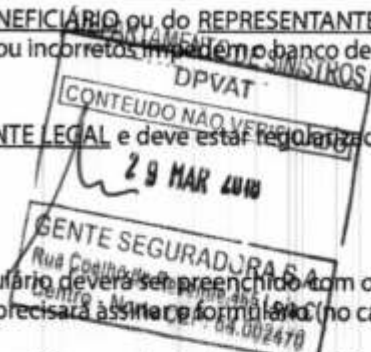
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").



Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

072.404.643-77

Lucas de Sousa Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Lucas de Sousa Santos		CPF titular da conta 072.404.643-77	Profissão Desenho
Endereço Rua Recife		Número 958,990	Complemento
Bairro Vila Franca	Cidade Barras	Estado Piauí	CEP 64.100-000
Email		Telefone (DDD) 86 99405-4326	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ 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

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

- ☒ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

5792

(Informar dígito se existir)

22638

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Barras, 22 de março de 18

Local e Data

Lucas de Sousa Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.000483/2018-96

Unidade de Registro: DP DE BARRAS

Resp. pelo Registro: Eduardo Silveira Costa

Data/Hora: 12/03/2018 - 11:43

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE BARRAS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

BARRAS

Endereço

PROXIMO A PONTE DO RIO LONGÁ, Nº:

Complemento

PI ENTRE BARRAS E BATALHA

432454

Data/Hora

28/10/2017 - 23:30

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LUCAS DE SOUSA SANTOS

RG: 3915898

Mãe: SOCORRO MARIA DE SOUSA

Pai: GONÇALO DOS SANTOS

Endereço: RUA RECIFE, Nº 958

Bairro: VILA FRANÇA

Cidade: BARRAS

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA NXR150 BROS ES

Condutor: LUCAS DE SOUSA SANTOS

RG: 3916898 Órgão: UF RG:

End: RUA RECIFE Número: 958 Complemento:

Cidade: BARRAS UF: PI Bairro: VILA FRANÇA

Proprietário: ANTONIO ELSON GONÇALVES DA COSTA

Cidade: BARRAS UF: Bairro:

Ano: Placa: Chassi:

2010 NIF8672 9C2KD0510AR011019

Renavam:

00198415940 Preta

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante compareceu a esta delegacia para informar que na data e horário informados ia pilotando a motocicleta acima descrita pela PI entre as cidades de Barras e Batalha, quando próximo a ponte do rio Longá a corrente da motocicleta quebrou e o noticiante caiu; QUE da queda sofreu lesão corporal; QUE foi socorrido pelo SAMU e levado para o hospital de BARRAS onde recebeu atendimento; Era o que tinha a declarar.

Eduardo Silveira Costa - Mat. 2861763
AGENTE DE POLÍCIA

Lucas de Sousa Santos
LUCAS DE SOUSA SANTOS - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.000483/2018-96

Unidade de Registro: DP DE BARRAS

Resp. pelo Registro: Eduardo Silveira Costa

Data/Hora: 12/03/2018 - 11:43

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE BARRAS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

BARRAS

Endereço

PROXIMO A PONTE DO RIO LONGA, Nº:

Complemento

PI ENTRE BARRAS E BATALHA

Data/Hora

28/10/2017 - 23:30

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LUCAS DE SOUSA SANTOS

ID: 3915898

Mãe: SOCORRO MARIA DE SOUSA

Pai: GONÇALO DOS SANTOS

Endereço: RUA RECIFE, Nº 958

Bairro: VILA FRANÇA

Cidade: BARRAS

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

1 - HONDA NXR150 BROS ES

Condutor: LUCAS DE SOUSA SANTOS

RQ: 3916898 Órgão: UF RG:

End: RUA RECIFE Número: 958 Complemento:

Cidade: BARRAS UF: PI Bairro: VILA FRANÇA

Proprietário: ANTONIO ELSON GONÇALVES DA COSTA

Cidade: BARRAS UF: Bairro:

Ano: Placa: Chassi:

2010 NIF8672 9C2KD0510ARU11019



RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante compareceu a esta delegacia para informar que na data e horário informados ia pilotando a motocicleta acima descrita pela PI entre as cidades de Barras e Batalha, quando próximo a ponte do rio Longá a corrente da motocicleta quebrou e o noticiante caiu; QUE da queda sofreu lesão corporal, QUE foi socorrido pelo SAMU e levado para o hospital de BARRAS onde recebeu atendimento; Era o que tinha a declarar.

Eduardo Silveira Costa - Mat. 2861763
AGENTE DE POLÍCIA

Lucas de Sousa Santos
LUCAS DE SOUSA SANTOS - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



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

1058 v. 1.2

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.000483/2018-96

Unidade de Registro: DP DE BARRAS

Resp. pelo Registro: Eduardo Silveira Costa

Data/Hora: 12/03/2018 - 11:43

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE BARRAS

Tipo Local

ÁREA PÚBLICA

Município

BARRAS

Endereço

PROXIMO A PONTE DO RIO LONGA, Nº

Complemento

ENTRE BARRAS E BATALHA

Data/Hora

28/10/2017 - 23:30

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LUCAS DE SOUSA SANTOS

Nº: 1015808

Mãe: SOCORRO MARIA DE SOUSA

Pai: GONÇALO DOS SANTOS

Endereço: RUA RECIFE, Nº 958

Bairro: VILA FRANÇA

Cidade: BARRAS

Tipo Envolv: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano: Placa:

Chassi:

HONDA NXR150 BROS ES

2010 NIF8672 9C2KD0510ARU11019

Condutor: LUCAS DE SOUSA SANTOS

Nº: 1016898 Órgão: UF RG

Endereço: RUA RECIFE Número: 958 Complemento:

Cidade: BARRAS UF: PI Bairro: VILA FRANÇA

Proprietário: ANTONIO ELSON GONÇALVES DA COSTA

Cidade: BARRAS UF: Bairro

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante compareceu a esta delegacia para informar que na data e horário informados ia pilotando a motocicleta acima descrita pela PI entre as cidades de Barras e Batalha, quando próximo a ponte do rio Longá a corrente da motocicleta quebrou e o noticiante caiu. QUE da queda sofreu lesão corporal, QUE foi socorrido pelo SAMU e levado para o hospital de BARRAS onde recebeu atendimento. Era o que tinha a declarar.

Eduardo Silveira Costa - Mat. 2861763
AGENTE DE POLÍCIA

Lucas de Sousa Santos
LUCAS DE SOUSA SANTOS - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima Lucas de Sousa Santos CPF da Vítima 072.404.643-77 Data do Acidente 28.10.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Barras, 22 de março de 18

Local e Data

Lucas de Sousa Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima Lucas de Sousa Santos CPF da Vítima 072.404.643-77 Data do Acidente 28.10.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Barras, 22 de março de 18
Local e Data

Lucas de Sousa Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima Lucas de Sousa Santos CPF da Vítima 072.404.643-77 Data do Acidente 28.10.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Barras, 22 de março de 18

Local e Data

Lucas de Sousa Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SUS

SAMU BARRAS REGISTRO DE OCORRÊNCIA



AMBULÂNCIA ACIONADA: C.V.S.B. DATA: 28/10/17
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Av. Pinheiro Machado / Centro
NOME DO PACIENTE: Lucas de Sousa Santos
SEXO: ☒ M ☐ F IDADE: 20
SAÍDA DO P.A.: 00:40 CHEGADA AO LOCAL: 00:45
SAÍDA DO LOCAL: 00:48 CHEGADA AO HOSPITAL: 00:54

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

S.F.I. - 04:29
C.B. -

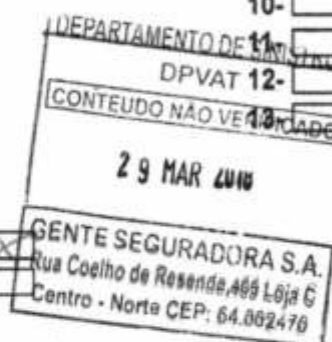
- 08- ☐ QUEDA
09- ☐ MAL SÚBITO
10- ☐ URGÊNCIA OBSTÉTRICA
11- ☐ OUTROS
12- ☐ JÁ REMOVIDO
13- ☐ FALSO CHAMADO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

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

PUPILA:

- IGUAIS ☒
DESIGUAIS ☐



FALA:

- NORMAL ☒
CONFUSA ☐
NENHUMA ☐

PULSO RADIAL:

- FORTE ☒
FRACO ☐
AUSENTE ☐

SANGRAMENTO:

- AUSENTE ☐
MÍNIMO ☒
MODERADO ☐
INTENSO ☐

SINAIS VITAIS:

- PRESSÃO ARTERIAL → 110 x 80 70 x 98
PULSO → 80
RESPIRAÇÃO → 13

OBSERVAÇÕES

Prontidão vitais. Acidente de trânsito. Envolvimento na cabine. Doença pre-existente.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

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

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

☐ OUTROS

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL

- ☐ MELHORADO
☐ PIORADO
☐ INALTERADO

ÓBITO:

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

HOSPITAL DE DESTINO: R. Lima
Salvador
COREN-PI 468.188
REC. DE ENFERMAGEM

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DO HOSPITAL

SOCORRISTA



SUS

SAMU BARRAS REGISTRO DE OCORRÊNCIA



AMBULÂNCIA ACIONADA: C.V.S.B. DATA: 28/10/17
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Av. Pinheiro Machado / Centro
NOME DO PACIENTE: Lucas de Sousa Santos
SEXO: ☒ M ☐ F IDADE: 20
SAÍDA DO P.A.: 00:40 CHEGADA AO LOCAL: 00:45
SAÍDA DO LOCAL: 00:48 CHEGADA AO HOSPITAL: 00:54

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

S.H. → 04:29
C.B. →

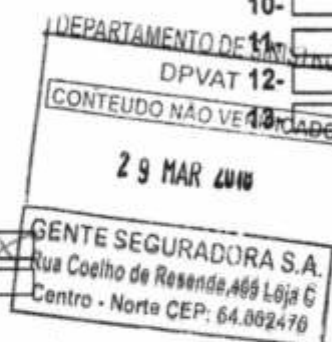
- 08- ☐ QUEDA
09- ☐ MAL SÚBITO
10- ☐ URGÊNCIA OBSTÉTRICA
11- ☐ OUTROS
12- ☐ JÁ REMOVIDO
13- ☐ FALSO CHAMADO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

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

PUPILA:

- IGUAIS ☒
DESIGUAIS ☐



FALA:

- NORMAL ☒
CONFUSA ☐
NENHUMA ☐

PULSO RADIAL:

- FORTE ☒
FRACO ☐
AUSENTE ☐

SANGRAMENTO:

- AUSENTE ☐
MÍNIMO ☒
MODERADO ☐
INTENSO ☐

SINAIS VITAIS:

- PRESSÃO ARTERIAL → 110 x 80 70 x 98
PULSO → 80
RESPIRAÇÃO → 13

OBSERVAÇÕES

Prontidão vitais. Acidente de trânsito. Escorregou na calçada. Doença pre-existente.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

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

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

☐ OUTROS

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL

- ☐ MELHORADO
☐ PIORADO
☐ INALTERADO

ÓBITO:

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

HOSPITAL DE DESTINO: R. Lima
Salvador
COREN-PI 468.188
REC. DE ENFERMAGEM

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DO HOSPITAL

SOCORRISTA



SUS

SAMU BARRAS REGISTRO DE OCORRÊNCIA



AMBULÂNCIA ACIONADA: C.V.S.B. DATA: 28/10/17
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Av. Pinheiro Machado / Centro
NOME DO PACIENTE: Lucas de Sousa Santos
SEXO: ☒ M ☐ F IDADE: 20
SAÍDA DO P.A.: 00:40 CHEGADA AO LOCAL: 00:45
SAÍDA DO LOCAL: 00:48 CHEGADA AO HOSPITAL: 00:54

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

S.F. - 04:29
C.B. -

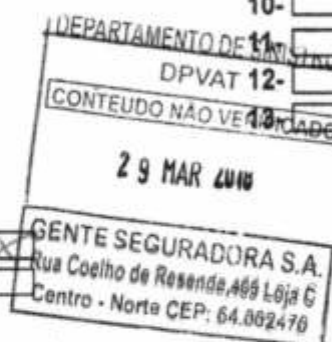
- 08- ☐ QUEDA
09- ☐ MAL SÚBITO
10- ☐ URGÊNCIA OBSTÉTRICA
11- ☐ OUTROS
12- ☐ JÁ REMOVIDO
13- ☐ FALSO CHAMADO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

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

PUPILA:

- IGUAIS ☒
DESIGUAIS ☐



FALA:

- NORMAL ☒
CONFUSA ☐
NENHUMA ☐

PULSO RADIAL:

- FORTE ☒
FRACO ☐
AUSENTE ☐

SANGRAMENTO:

- AUSENTE ☐
MÍNIMO ☒
MODERADO ☐
INTENSO ☐

SINAIS VITAIS:

- PRESSÃO ARTERIAL → 110 x 80 70 x 98
PULSO → 80
RESPIRAÇÃO → 13

OBSERVAÇÕES

Prontidão vitais. Acidente de trânsito, lesão na cabeça, dor na perna e
ombro.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

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

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

☐ OUTROS

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL

- ☐ MELHORADO
☐ PIORADO
☐ INALTERADO

ÓBITO:

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

HOSPITAL DE DESTINO: R. Lima
Salvador
COREN-PI 468.188
REC. DE ENFERMAGEM

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DO HOSPITAL

SOCORRISTA

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

Nº da Nota Fiscal 002594261

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\$)
FEVEREIRO/2018	07/03/2018	54	26,63

SOCORRO MARIA DE SOUZA
R. RECIFE 958 990 VILA FRANCA
CPF: 00096884693334
CEP: 64.100-000 - BARRAS

ROT: 320.313.20.22.533200

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	471	Atual:	28/02/2018
Anterior:	417	Anterior:	30/01/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	29/03/2018
Consumo Medido:	54	Emissão:	27/02/2018
Consumo Faturado:	54	Apresentação:	28/02/2018
Forma de Pagamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	
		Dias de Consumo:	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Class/Subclass	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESID. BAIXA RENDA	MONO	A1974658		1.4.1.1	34

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
JAN/18	47	CONSUMO	30 A R\$ 0,251714 = 7,55
DEZ/17	79		24 A R\$ 0,431523 = 10,35
NOV/17	75	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	2,02
OUT/17	64	DIFERENÇA DE TARIFA	21,71
SET/17	63	SUBVENCAO BAIXA RENDA	16,41
AGO/17	89	CORRECAO MONETARIA IG 12/17-00	0,30
JUL/17	0	MULTA POR ATRASO 12/17-00	0,76
JUN/17	0	JUROS DE MORA DE IMPO 12/17-00	0,35
MAI/17	0		
ABR/17	0		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 30	- 0,150120		
31 A 54	- 0,325538		

MENSAGENS IMPORTANTES E REAVISO DE VENCIMENTO	
Mês/Ano	VALOR R\$
01/2018	15,79
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA - GOVERNO FEDERAL	
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA - GOVERNO FEDERAL	

RESERVADO AO FISCO 3C7B.2BB4.887D.BDB0.DF75.057E.C47E.8447

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	8,56	Base de Cálculo:	39,61
Energia:	16,24	Alíquota ICMS:	20,00%
Transmissão:	2,55	Valor do ICMS:	7,92
Encargos:	2,58	Valor do PIS:	0,31
Tributos:	9,68	Valor do COFINS:	1,45

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	DIC			FIC			DMC	DMC1	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	
Límite	7,26	14,53	29,06	3,73	7,47	14,95	4,14		
Realizado	0,00			0,00			0,00		
Comparto	CAMPO MAIOR					Período de apuração	12/2017	EURO	11.19

ROT: 320.313.20.22.533200

SEU CÓDIGO	1034997-9	TOTAL A PAGAR - R\$	26,63
MÊS FATURADO	02/2018	VENCIMENTO	07/03/2018
Nº da Nota Fiscal	002594261	FCAM	

836900000000 8 26630017000 5 00000001034 8 99790218008 9



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/08

Nº da Nota Fiscal: 002440842

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\$)
FEVEREIRO/2018	05/03/2018	552	497,06

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
R. HENRIQUE DIAS 790 790 VERMELHA
CPF: 00070375470344
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 18.001.02.42.127600

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	4598	Atual:	26/02/2018
Anterior:	4046	Anterior:	25/01/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	27/03/2018
Consumo Medido:	552	Emissão:	22/02/2018
Consumo Faturado:	552	Apresentação:	28/02/2018

NORMAL

32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fed.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	TRI	D176626		1.1.1.3	601

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Máximo consumo	
JAN/18 502	CONSUMO 552 A R\$ 0,785608 = 433,65
DEZ/17 645	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 36,70
NOV/17 863	CORRECAO MONETARIA IGPM (2X) 2,87
OUT/17 694	MULTA POR ATRASO (2X) 18,94
SET/17 671	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER 4,90
AGO/17 671	
JUL/17 681	
JUN/17 161	
MAI/17 30	
ABR/17 824	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 552 - 0,554090	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL
LIGUE 0800 086 0808 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 22/02/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO C6C4.1F12.D2C8.1929.AE72.F90F.0321.9988

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	87,28	Base de Cálculo:	433,65
Energia:	166,02	Alíquota ICMS:	25,00%
Transmissão:	26,12	Valor do ICMS:	108,41
Encargos:	26,45	Valor do PIS:	3,46
Tributos:	127,78	Valor do COFINS:	15,91

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	OIC			PIC			DMIC	DMIC
	Metodo	Trimestral	Anual	Metodo	Trimestral	Anual	Metodo	Metodo
Linha	4,83	9,67	19,34	3,11	6,22	12,45	2,69	
Medição	0,00			0,00			0,00	

Consumo	TERESINA-MACAUBA	12/2017	188,13
---------	------------------	---------	--------

ROT: 18.001.02.42.127600



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

Nº da Nota Fiscal 002594261

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\$)
FEVEREIRO/2018	07/03/2018	54	26,63

SOCORRO MARIA DE SOUZA
R. RECIFE 958 990 VILA FRANCA
CPF: 00096884693334
CEP: 64.100-000 - BARRAS

ROT: 320.313.20.22.533200

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	471	Atual:	28/02/2018
Anterior:	417	Anterior:	30/01/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	29/03/2018
Consumo Medido:	54	Emissão:	27/02/2018
Consumo Faturado:	54	Apresentação:	28/02/2018
Forma de Pagamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	
		Dias de Consumo:	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESID. BAIXA RENDA	MONO	A1974658		1.4.1.1	34

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
JAN/18	47	CONSUMO	30 A R\$ 0,251714 = 7,55
DEZ/17	79		24 A R\$ 0,431523 = 10,35
NOV/17	75	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	2,02
OUT/17	64	DIFERENÇA DE TARIFA	21,71
SET/17	63	SUBVENCAO BAIXA RENDA	16,41
AGO/17	89	CORRECAO MONETARIA IG 12/17-00	0,30
JUL/17	0	MULTA POR ATRASO 12/17-00	0,76
JUN/17	0	JUROS DE MORA DE IMPO 12/17-00	0,35
MAI/17	0		
ABR/17	0		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 30	- 0,150120		
31 A 54	- 0,325538		

MENSAGENS IMPORTANTES E REAVISO DE VENCIMENTO	
Mês/Ano	VALOR R\$
01/2018	15,79
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA - GOVERNO FEDERAL	
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA - GOVERNO FEDERAL	

RESERVADO AO FISCO 3C7B.2BB4.887D.BDB0.DF75.057E.C47E.8447

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	8,56	Base de Cálculo:	39,61
Energia:	16,24	Alíquota ICMS:	20,00%
Transmissão:	2,55	Valor do ICMS:	7,92
Encargos:	2,58	Valor do PIS:	0,31
Tributos:	9,68	Valor do COFINS:	1,45

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	DIC			FIC			DMC	DMR	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	
Límite	7,26	14,53	29,06	3,73	7,47	14,95	4,14		
Realizado	0,00			0,00			0,00		
Composto	CANPO MATOR					Período de aprovação	12/2017	ELIJO	11.19

Comparto	CAMPO MAIOR	Período de apuração	12/2017	Valor	11,19
----------	-------------	---------------------	---------	-------	-------

ROT: 320.313.20.22.533200



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/08

Nº da Nota Fiscal 002440842

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\$)
FEVEREIRO/2018	05/03/2018	552	497,06

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
R. HENRIQUE DIAS 790 790 VERMELHA
CPF: 00070375470344
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 18.001.02.42.127600

DADOS DA LEITURA		DATA DA LEITURA
Atual:	4598	Atual: 26/02/2018
Anterior:	4046	Anterior: 25/01/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 27/03/2018
Consumo Medido:	552	Emissão: 22/02/2018
Consumo Faturado:	552	Apresentação: 28/02/2018
FCAM		

NORMAL

32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fed.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	TRI	D176626		1.1.1.3	601

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Máximo consumo	
JAN/18 502	CONSUMO 552 A R\$ 0,785608 = 433,65
DEZ/17 645	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 36,70
NOV/17 863	CORRECAO MONETARIA IGPM (2X) 2,87
OUT/17 694	MULTA POR ATRASO (2X) 18,94
SET/17 671	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER 4,90
AGO/17 671	
JUL/17 681	
JUN/17 161	
MAI/17 30	
ABR/17 824	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 552 - 0,554090	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL
LIGUE 0800 086 0808 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 22/02/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO C6C4.1F12.D2C8.1929.AE72.F90F.0321.9988

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	87,28	Base de Cálculo:	433,65
Energia:	166,02	Alíquota ICMS:	25,00%
Transmissão:	26,12	Valor do ICMS:	108,41
Encargos:	26,45	Valor do PIS:	3,46
Tributos:	127,78	Valor do COFINS:	15,91

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	OIC			PIC			DMC		DCCR	
	Metodo	Trimestral	Anual	Metodo	Trimestral	Anual	Metodo	Trimestral	Metodo	Trimestral
Linha	4,83	9,67	19,34	3,11	6,22	12,45	2,69			
Medição	0,00			0,00			0,00			

Consumo	TERESINA-MACAUBA	12/2017	188,13
---------	------------------	---------	--------

ROT: 18.001.02.42.127600



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

Nº da Nota Fiscal 002594261

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\$)
FEVEREIRO/2018	07/03/2018	54	26,63

SOCORRO MARIA DE SOUZA
R. RECIFE 958 990 VILA FRANCA
CPF: 00096884693334
CEP: 64.100-000 - BARRAS

ROT: 320.313.20.22.533200

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	471	Atual:	28/02/2018
Anterior:	417	Anterior:	30/01/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	29/03/2018
Consumo Medido:	54	Emissão:	27/02/2018
Consumo Faturado:	54	Apresentação:	28/02/2018
Forma de Pagamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	
		Dias de Consumo:	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Class/Subclass	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESID. BAIXA RENDA	MONO	A1974658		1.4.1.1	34

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
JAN/18	47	CONSUMO	30 A R\$ 0,251714 = 7,55
DEZ/17	79		24 A R\$ 0,431523 = 10,35
NOV/17	75	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	2,02
OUT/17	64	DIFERENÇA DE TARIFA	21,71
SET/17	63	SUBVENCAO BAIXA RENDA	16,41
AGO/17	89	CORRECAO MONETARIA IG 12/17-00	0,30
JUL/17	0	MULTA POR ATRASO 12/17-00	0,76
JUN/17	0	JUROS DE MORA DE IMPO 12/17-00	0,35
MAI/17	0		
ABR/17	0		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 30	- 0,150120		
31 A 54	- 0,325538		

MENSAGENS IMPORTANTES E REAVISO DE VENCIMENTO	
Mês/Ano	VALOR R\$
01/2018	15,79
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA - GOVERNO FEDERAL	
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA - GOVERNO FEDERAL	

RESERVADO AO FISCO 3C7B.2BB4.887D.BDB0.DF75.057E.C47E.8447

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	8,56	Base de Cálculo:	39,61
Energia:	16,24	Alíquota ICMS:	20,00%
Transmissão:	2,55	Valor do ICMS:	7,92
Encargos:	2,58	Valor do PIS:	0,31
Tributos:	9,68	Valor do COFINS:	1,45

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	DIC			FIC			DMC	DMC1	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	
Limite	7,26	14,53	29,06	3,73	7,47	14,95	4,14		
Realizado	0,00			0,00			0,00		
Comparto	CAMPO MAIOR					Período de apuração	12/2017	EURO	11,19

ROT: 320.313.20.22.533200



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/08

Nº da Nota Fiscal 002440842

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\$)
FEVEREIRO/2018	05/03/2018	552	497,06

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
R. HENRIQUE DIAS 790 790 VERMELHA
CPF: 00070375470344
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 18.001.02.42.127600

DADOS DA LEITURA		kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:		4598	Atual:	26/02/2018
Anterior:		4046	Anterior:	25/01/2018
Constante de Multiplicação:		1,000	Próxima Leitura:	27/03/2018
Consumo Medido:		552	Emissão:	22/02/2018
Consumo Faturado:		552	Apresentação:	28/02/2018

NORMAL

32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fed.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	TRI	D176626		1.1.1.3	601

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA	
Máximo consumo		
JAN/18 502	CONSUMO 552 A R\$ 0,785608 =	433,65
DEZ/17 645	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	36,70
NOV/17 863	CORRECAO MONETARIA IGPM (2X)	2,87
OUT/17 694	MULTA POR ATRASO (2X)	18,94
SET/17 671	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER	4,90
AGO/17 671		
JUL/17 681		
JUN/17 161		
MAI/17 30		
ABR/17 824		
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
0 A 552 - 0,554090		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL
LIGUE 0800 086 0808 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 22/02/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO C6C4.1F12.D2C8.1929.AE72.F90F.0321.9988

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	87,28	Base de Cálculo:	433,65
Energia:	166,02	Alíquota ICMS:	25,00%
Transmissão:	26,12	Valor do ICMS:	108,41
Encargos:	26,45	Valor do PIS:	3,46
Tributos:	127,78	Valor do COFINS:	15,91

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	OIC			FIC			DMIC		DCCR	
	Metodo	Trimestral	Anual	Metodo	Trimestral	Anual	Metodo	Trimestral	Metodo	Anual
Linha	4,83	9,67	19,34	3,11	6,22	12,45	2,69			
Medição	0,00			0,00			0,00			

Consumo	TERESINA-MACAUBA	12/2017	188,13
---------	------------------	---------	--------

ROT: 18.001.02.42.127600



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Maria do Carmo Proudonio da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703 / 111,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Lucas de Sousa Santos inscrito
(a) no CPF sob o Nº 072.404.643 77 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Lucas de Sousa Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.404.643 77, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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



Endereço <u>Rua Henrique Dias</u>		Número <u>790</u>	Complemento
Bairro <u>Vermelha</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64019-330</u>
Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	
		<u>86/99982-3093</u>	

Teresina 22 de março de 18
Local e Data

Maria do Carmo Proudonio da Silva
Assinatura do Declarante

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Maria do Carmo Proudonio da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703 / 111,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Lucas de Sousa Santos inscrito
(a) no CPF sob o Nº 072.404.643 77 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Lucas de Sousa Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.404.643 77, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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



Endereço <u>Rua Henrique Dias</u>		Número <u>790</u>	Complemento
Bairro <u>Vermelha</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64019-330</u>
Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	
		<u>86/99982-3093</u>	

Teresina 22 de março de 18
Local e Data

Maria do Carmo Proudonio da Silva
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonio Elson Gonçalves da Costa,

RG nº 52.541.216-5, data de expedição 22/04/10,

Órgão SSP/SP, portador do CPF nº 897.203.423-15, com

domicílio na cidade de Barras, no Estado de

Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Recife, nº 514,

complemento Vila Fátima, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Lucas de Sousa Santos cujo o condutor era

Lucas de Sousa Santos.

Veículo: Moto

Modelo: Honda INXR 150 BROS MIX ESD

Ano: 2010

Placa: NJF-8672

Chassi: 9C2KD051CAR011019

Data do Acidente: 28/10/2017

Local e Data: Barras-Pi 12/03/2018



Antonio Elson Gonçalves da Costa
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonio Elson Gonçalves da Costa,
RG nº 52.541.216-5, data de expedição 22/04/10,
Órgão SSP/SP, portador do CPF nº 897.203.423-15, com
domicílio na cidade de Barras, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Recife, nº 514,
complemento Vila Fátima, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Lucas de Sousa Santos cujo o condutor era
Lucas de Sousa Santos.

Veículo: Moto
Modelo: Honda INXR 150 BROS MIX ESD
Ano: 2010
Placa: NJF-8672
Chassi: 9C2KD051CAR011019
Data do Acidente: 28/10/2017
Local e Data: Barras-Pi 12/03/2018



Antonio Elson Gonçalves da Costa
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonio Elson Gonçalves da Costa,
RG nº 52.541.216-5, data de expedição 22/04/10,
Órgão SSP/SP, portador do CPF nº 897.203.423-15, com
domicílio na cidade de Barras, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Recife, nº 514,
complemento Vila Fátima, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Lucas de Sousa Santos cujo o condutor era
Lucas de Sousa Santos.

Veículo: Moto
Modelo: Honda INXR 150 BROS MIX ESD
Ano: 2010
Placa: NJF-8672
Chassi: 9C2KD051CAR011019
Data do Acidente: 28/10/2017
Local e Data: Barras-Pi 12/03/2018



Antonio Elson Gonçalves da Costa
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





SUS

SAMU BARRAS REGISTRO DE OCORRÊNCIA



PREFETURA DE Barras

Juntos construindo o futuro

AMBULÂNCIA ACIONADA: C.V.S.B. DATA: 28/10/17
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Av. Pinheiro Machado Centro
NOME DO PACIENTE: Lucas de Sousa Santos
SEXO: ☒ M ☐ F IDADE: 20
SAÍDA DO P.A.: 00:40 CHEGADA AO LOCAL: 00:43
SAÍDA DO LOCAL: 00:48 CHEGADA AO HOSPITAL: 00:54

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

S.F.I. - 04:29
C.B. -

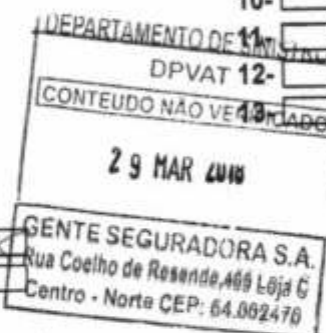
- 08- ☐ QUEDA
09- ☐ MAL SÚBITO
10- ☐ URGÊNCIA OBSTÉTRICA
11- ☐ OUTROS
12- ☐ JÁ REMOVIDO
13- ☐ FALSO CHAMADO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

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

PUPILA:

- IGUAIS ☒
DESIGUAIS ☐



FALA:

- NORMAL ☒
CONFUSA ☐
NENHUMA ☐

PULSO RADIAL:

- FORTE ☒
FRACO ☐
AUSENTE ☐

SANGRAMENTO:

- AUSENTE ☐
MÍNIMO ☒
MODERADO ☐
INTENSO ☐

SINAIS VITAIS:

- PRESSÃO ARTERIAL 110 x 80
PULSO 80
RESPIRAÇÃO 13

OBSERVAÇÕES

Acidente de trânsito de trânsito
de bicicleta na calçada. Do lado da
rua da pessoa e
acidente

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

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

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

☐ OUTROS

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL

- ☐ MELHORADO
☐ PIORADO
☐ INALTERADO

ÓBITO:

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

HOSPITAL DE DESTINO: R. Lima
Salvador
COREN-PI 468.188
REC. DE ENFERMAGEM

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DO HOSPITAL

SOCORRISTA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Lucas de Sousa Santos

DATA DE NASCIMENTO

PROFISSÃO

SEXO

MASC ☒

FEM ☐

FILIAÇÃO

Genivaldo dos Santos

MÃE

Severino M. Sousa

ENDEREÇO

Vila Breve

MUNICÍPIO

Santas

ESTADO

Pernambuco

CEP

64100-000

DADOS SOBRE ATENDIMENTO

DATA DO ATENDIMENTO

29/10/17

HORA

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Prévio do parto de 30

1 hora em trabalho

DIAGNOSTICO

Gravidez em 31

Assinatura do médico responsável
CPF: 000.000.000-00

DEPARTAMENTO DE SINIL
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
29 MAR 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro Norte CEP: 64062-700

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

Exames D

TRATAMENTO REALIZADO

Tratamento em 3m
Olivaria sup 60 dias

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONSULTA BASICA	<input type="checkbox"/>	CURATIVO	<input type="checkbox"/>
AEROSOL	<input type="checkbox"/>	RETIRADA DE PONTO	<input type="checkbox"/>
DRENAGEM DE ABCESSO	<input type="checkbox"/>	PRESSÃO ARTERIAL	<input type="checkbox"/>
RETIRADA DE CORPO ESTRANHIO	<input type="checkbox"/>		
PEQUENA CIRURGIA	<input type="checkbox"/>		
SUTURA SIMPLES	<input type="checkbox"/>		
TERAPIA MEDICAMENTOSA	<input type="checkbox"/>		
PACIENTE EM OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/>		

DATA: / /

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL
Dr. Renato
CRM: 6.539
CPF: 000.000.000-00



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE BARRAS
HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELOS



FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:	LEITO / ENFERMARIA	Nº PRONTUÁRIO
<i>Lucas Lima Santos</i>	<i>04/01</i>	
NOME DO MÉDICO:		

DATA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA
29.10.17	08:00 Pte. vítima de acidente motorciclístico. In- zido pelo SAMU. Acompanhado na família. Nega HAS, DM e alergia medicamentosa. Con- sciente, orientado, afilial, eupneico. Apresenta ferimento contuso em couro cabeludo e es- corações em MID. Aguarda realização de Rx. Su- perior da coluna cervical.	Nayresson de Sousa Car- valho Enfermeiro COREN - PI 49386





Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-PI
• CEP: 64.180-000

clinicarebello@gmail.com

(86) 9.9416-8836 • (Claro) • 9.8825-4610 (Oi)
• 9.9905-5469 • 9.8151-8986 (Vivo)

Nome: _____

Nome: Lucas de Sousa Santos
Médico: Almir Filho

Número: 1319
Data Exame: 11/02/2018

RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA

RELATÓRIO

O estudo radiológico da perna realizado em incidências ântero/posterior e perfil, demonstra:

- Fratura completa, em consolidação, em 1/3 médio da diáfise tibial.
- Imobilização gessada.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Fratura completa, em consolidação, em 1/3 médio da diáfise tibial.
2. Imobilização gessada.




Leonardo Robert de Carvalho Braga
CRM 1667

Data: ____/____/____



Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-Pt
• CEP: 64.180-000
clinicarebello@gmail.com
(86) 9.9416-8836 • (Claro) • 9.8825-4610 (Oi)
• 9.9905-5400 • 9.8151-6986 (Vivo)

Nome: _____

Nome: Lucas De Sousa Santos
Médico: Almir Filho

Número: AL1319
Data Exame: 15/12/2017

RADIOGRAFIA DA PERNA ESQUERDA

RELATÓRIO

O estudo radiológico da perna realizado em incidências ântero/posterior e perfil, *demonstra:*

- Fratura cominutiva em terço médio da diáfise tibial, em vias de consolidação, associada a aparelho gessado de imobilização.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade sem alterações.

• IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura cominutiva em terço médio da diáfise tibial, em vias de consolidação, associada a aparelho gessado de imobilização.

Catarina Borges
Catarina Borges Santana Alves
CRM 4387



Data: ____/____/____



Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-PI
• CEP: 64.100-000
clinicarebello@gmail.com.
(86) 9.9416-8836 • (Claro) • 9.8825-4610 (OI)
• 9.9905-5407 • 9.8151-6986 (Vivo)

Nome: _____

Nome: Lucas De Sousa Santos
Médico: Almir Filho

Número: AL1319
Data Exame: 15/12/2017

RADIOGRAFIA DA CLAVÍCULA DIREITA

RELATÓRIO

O estudo radiológico da clavícula realizado em incidências ântero/posterior, demonstra:

- Fratura oblíqua, não consolidada, angulada, localizada em terço médio da diáfise da clavícula direita.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura oblíqua, não consolidada, angulada, localizada em terço médio da diáfise da clavícula direita.

Catarina Borges Alves
Catarina Borges Santana Alves
CRM 4387



Data: ____/____/____



① Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-PI
• CEP: 64.180-000
② clinicarebello@gmail.com
③ (86) 9.9416-8836 • (Claro) • 9.8825-4610 (Oi)
• 9.9905-547 • 9.8151-8986 (Vivo)

Nome: _____

Nome: Lucas de Sousa Santos
Médico: Almir Filho

Número: 1181
Data Exame: 04/11/2017

RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA

RELATÓRIO

O estudo radiológico da perna realizado em incidências ântero/posterior e perfil, demonstra:

- Fratura não consolidada em diáfise tibial.
- Restante da estrutura óssea: com densidade e anatomia preservada.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Imobilização gessada.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Fratura não consolidada em diáfise tibial.
2. Imobilização gessada.


Mônica Patrícia F. Nobre de Oliveira
CRM 1938

Data: ____/____/____



Nome: _____

Nome: Lucas de Sousa Santos
Médico: Almir Filho

Número: 1181
Data Exame: 04/11/2017

RADIOGRAFIA DO OMBRO DIREITO

RELATÓRIO

O estudo radiológico do ombro, realizado em incidências de rotações externa e interna, demonstra:

- Fratura não consolidada, com angulação cranial, em terço médio da clavícula direita.
- Restante da estrutura óssea: com densidade e anatomia preservada.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade preservados.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Fratura não consolidada, com angulação cranial, em terço médio da clavícula direita.


Mônica Patrícia F. Nobre de Oliveira
CRM 1938

Data: ____/____/____





Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-PI
• CEP: 64.180-000

clinicarebello@gmail.com

(86) 9.5416-8836 • (Claro) • 9.8825-4610 (Oi)
• 9.9905-5437 • 9.8151-8986 (Vivo)

Sr(a). LUCAS DE SOUSA SANTOS

Nome: _____

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente supracitado está em tratamento conservador de fratura de tibia e clavícula direita e necessita de afastamento do trabalho por 180 dias.
CID: S822 e S420

Esperantina 03 de Novembro de 2017

DR Almir Alves Rebelo Filho
CRM 2972/PI
Ortopedista e Traumatologista

Data: ____/____/____





① Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-PI
• CEP-64.180-000

② clinicarebello@gmail.com

③ (86) 9.9416-8636 • (Claro) • 9.8825-4610 (Oi)
• 9.9905-5407 • 9.8151-6986 (Vivo)

Nome: _____

Nome: Lucas de Sousa Santos
Médico: Almir Filho

Número: 1319
Data Exame: 11/02/2018

RADIOGRAFIA DA CLAVÍCULA DIREITA

RELATÓRIO

O estudo radiológico da clavícula realizado em incidências ântero/posterior, demonstra:

- Fratura completa, em consolidação, angulada, em 1/3 lateral da clavícula direita.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura completa, em consolidação, angulada, em 1/3 lateral da clavícula direita.


Leonardo Robert de Carvalho Braga
CRM 1667

Data: ____/____/____





PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Antenor de Castro Rego, S/N / Bairro Matadouro
CNPJ 02.361.201/0001-40
Barras-PI



Paciente(a): _____

End.: _____

Este paciente
depois foi e me
falei de um filho,
falei acidente de moto
com fratura no pé
e clavícula, com fratura
do fêmur dos membros
inferiores.


Barras(PI): ____/____/____

Assinatura de: Dr. João Rodrigues da Cruz
Médico
CPF: 096.149.703-25

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 JUN 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Observação: Voltando a consulta, queira trazer esta receita

5054639263665600001

 GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELO - BARRAS - PI BOLETIM DE ATENDIMENTO AMBULATORIO E DE URGENCIA			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE: <u>Lucas de Sousa Santos</u>			
DATA DE NASCIMENTO: <u>03/06/1992</u>	PROFISSÃO:	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM	
FILIAÇÃO: <u>Guineia dos Santos</u>			
PAI: <u>Guineia dos Santos</u>			
MÃE: <u>Seconeto M. Sousa</u>			
ENDEREÇO: <u>Vila Freixo</u>			
MUNICÍPIO: <u>Satens</u>	ESTADO: <u>Piauí</u>	CEP: <u>64100-000</u>	
DADOS SOBRE ATENDIMENTO			
DATA DO ATENDIMENTO: <u>29/10/17</u>		HORA:	
MOTIVO DO ATENDIMENTO			
<u>Paciente com dor abdominal</u>			
<u>na região</u>			
<u>na região</u>			
DIAGNOSTICO			
<u>Úlcera com H. pylori</u>			

HENAN J. M. 10/10/17
 10/10/17
 10/10/17



GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Getúlio de Resende, 166 Loja C
Centro Norte CEP: 64.062-978

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS			
<u>Exames de</u>			
TRATAMENTO REALIZADO			
<u>Tratamento com H. pylori</u>			
<u>O. P. com 60 dias</u>			
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
CONSULTA BÁSICA	<input type="checkbox"/>	CURATIVO	<input type="checkbox"/>
AEROSOL	<input type="checkbox"/>	RETIRADA DE PONTO	<input type="checkbox"/>
DRENAGEM DE ACESSO	<input type="checkbox"/>	PRESSÃO ARTERIAL	<input type="checkbox"/>
RETIRADA DE CORPO ESTRANHOS	<input type="checkbox"/>		
PEQUENA CIRURGIA	<input type="checkbox"/>		
SUTURA SIMPLES	<input type="checkbox"/>		
TERAPIA MEDICAMENTOSA	<input type="checkbox"/>		
PACIENTE EM OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/>		
DATA: <u>1/1/18</u>		ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	
		<u>Dr. R. R. R.</u> Médico Geral CRM 6.538 10/10/17	
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL			

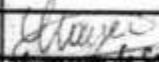
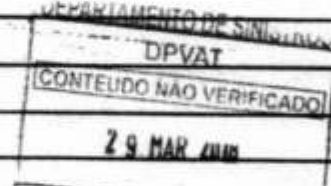
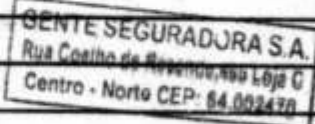


ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE BARRAS
HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELOS



FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:	LEITO / ENFERMARIA	Nº PRONTUÁRIO
Bucar Sava Santa	04/01	
NOME DO MÉDICO:		

DATA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA
29.10.17	05 00 Pch. vítima de acidente motorciclístico, trazido pelo SAMU. Acompanhado por familiares. Nega HRS, DM, alergia medicamentosa. Consciente, orientado, afeto, eupneico. Apresenta ferimento contuso em couro cabeludo e escoriações em M.D. Aguarda resultado de Rx. Assistência da equipe planiparva.	 Maysson de Sousa Gomes Enfermeiro COREN - PI 49300
		
		





Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-Pi
• CEP: 64.180-000
clinicarebebo@gmail.com
(86) 9.9416-8836 • (Claro) • 9.8625-4610 (Oi)
• 9.9905-5467 • 9.8191-6986 (Vivo)

Nome: _____

Nome: Lucas de Sousa Santos
Médico: Almir Filho

Número: 1319
Data Exame: 11/02/2018

RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA

RELATÓRIO

O estudo radiológico da perna realizado em incidências ântero/posterior e perfil, demonstra:

- Fratura completa, em consolidação, em 1/3 médio da diáfise tibial.
- Imobilização gessada.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Fratura completa, em consolidação, em 1/3 médio da diáfise tibial.
2. Imobilização gessada.

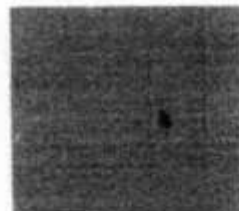


Leonardo Robert de Carvalho Braga
Leonardo Robert de Carvalho Braga
CRM 1667

Data: ____/____/____



Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-PI
• CEP 64.180-000
clinicarebello@gmail.com
(86) 9.9415-8836 • (Claro) • 9.8825-4810 (Oi)
• 9.9905-5457 • 9.8151-6986 (Vivo)



Nome: _____

Nome: Lucas De Sousa Santos
Médico: Almir Filho

Número: AL1319
Data Exame: 15/12/2017

RADIOGRAFIA DA PERNA ESQUERDA

RELATÓRIO

O estudo radiológico da perna realizado em incidências ântero/posterior e perfil, demonstra:

- Fratura cominutiva em terço médio da diáfise tibial, em vias de consolidação, associada a aparelho gessado de imobilização.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade sem alterações.

*** IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**

Fratura cominutiva em terço médio da diáfise tibial, em vias de consolidação, associada a aparelho gessado de imobilização.

Catarina Borges Santana Alves
Catarina Borges Santana Alves
CRM 4387



Data: ____/____/____



Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-PI
• CEP 64.130-000

clinicarebello@gmail.com.

(86) 9.9416-8836 • (Claro) • 9.8625-4610 (Oi)
• 9.9905-5457 • 9.8151-6986 (Vivo)

Nome: _____

Nome: Lucas De Sousa Santos
Médico: Almir Filho

Número: AL1319
Data Exame: 15/12/2017

RADIOGRAFIA DA CLAVÍCULA DIREITA

RELATÓRIO

O estudo radiológico da clavícula realizado em incidências ântero/posterior, demonstra:

- Fratura oblíqua, não consolidada, angulada, localizada em terço médio da diáfise da clavícula direita.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura oblíqua, não consolidada, angulada, localizada em terço médio da diáfise da clavícula direita.

Catarina Borges
Catarina Borges Santana Alves
CRM 4387



Data: ____/____/____



• Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-PI
• CEP: 64.180-000
• clinicarebello@gmail.com
• (86) 9.9416-8836 • (Claro) • 9.8825-4610 (Oi)
• 9.9905-5457 • 9.8151-6986 (Vivo)



Nome: _____

Nome: Lucas de Sousa Santos
Médico: Almir Filho

Número: 1181
Data Exame: 04/11/2017

RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA

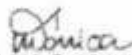
RELATÓRIO

O estudo radiológico da perna realizado em incidências ântero/posterior e perfil, demonstra:

- Fratura não consolidada em diáfise tibial.
- Restante da estrutura óssea: com densidade e anatomia preservada.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Imobilização gessada.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Fratura não consolidada em diáfise tibial.
2. Imobilização gessada.


Mônica Patrícia F. Nobre de Oliveira
CRM 1938

Data: ____/____/____



Nome: _____

Nome: Lucas de Sousa Santos
Médico: Almir Filho

Número: 1181
Data Exame: 04/11/2017

RADIOGRAFIA DO OMBRO DIREITO

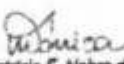
RELATÓRIO

O estudo radiológico do ombro, realizado em incidências de rotações externa e interna, demonstra:

- Fratura não consolidada, com angulação cranial, em terço médio da clavícula direita.
- Restante da estrutura óssea: com densidade e anatomia preservada.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade preservados.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Fratura não consolidada, com angulação cranial, em terço médio da clavícula direita.


Mônica Patrícia F. Nobre de Oliveira
CRM 1938

Data: ____/____/____





Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-PI
• CEP: 64.180-000
clinicarebello@gmail.com
(86) 9.9416-8836 • (Claro) • 9.8825-4810 (Oi)
• 9.9905-5437 • 9.8151-8986 (Vivo)



Sr(a). LUCAS DE SOUSA SANTOS

Nome: _____

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente supracitado está em tratamento conservador de fratura de tibia e clavícula direita e necessita de afastamento do trabalho por 180 dias.
CID: S822 e S420



Esperantina 03 de Novembro de 2017

DR Almir Alves Rebelo Filho
CRM 2972/P1
Ortopedista e Traumatologista

Data: ____/____/____





Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-PI
• CEP 64.190-000

clinicarebello@gmail.com

(86) 9.9416-8836 • (Claro) • 9.8625-4610 (Oi)
• 9.9905-5807 • 9.8151-0986 (Vivo)

Nome: _____

Nome: Lucas de Sousa Santos
Médico: Almir Filho

Número: 1319
Data Exame: 11/02/2018

RADIOGRAFIA DA CLAVÍCULA DIREITA

RELATÓRIO

O estudo radiológico da clavícula realizado em incidências ântero/posterior, demonstra:

- Fratura completa, em consolidação, angulada, em 1/3 lateral da clavícula direita.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura completa, em consolidação, angulada, em 1/3 lateral da clavícula direita.


Leonardo Robert de Carvalho Braga
CRM 1667

Data: ____/____/____



COB Clinica Ortopedica Buenos Aires

Emissão: 27/06/2018 10:55 USU:

COB
Rua Castelo do Piauí, 3292 - Bairro Buenos Aires
Teresina-PI - 64009-330
Telefone: 86 214-1600
CLINICA ORTOPEDICA BUENOS AIRES

Clinica Ortopedica Buenos Aires
Rua Castelo do Piauí, 3292 - Bairro Buenos Aires
Fones: (86) 3214-1600 • CEP 64.009-330 • Teresina-Piauí
E-mail: clinicacob@hotmail.com

***** IMPRESSÃO DO ATENDIMENTO *****

Paciente: 052420 LUCAS DE SOUSA SANTOS

Conv.: PARTICULA Idade: 21 Anos 0

Data: 27/06/2018 11:02

CID 10: T932 SEQUELAS DE OUTR FRAT DO MEMBRO INFER

QUEIXA PRINCIPAL

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 28 10 2017

BO 106495.000483/2018-96

H. D. ATUAL

**FEITO TRATAMENTO CONSERVADOR EM FRAT DE CLAVICULA D COM TIPOIA AMERICA
RAT DA TIBIA D DURANTE 90 DIAS**

EXAME GERAL

DOR LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM ATROFIA + FORÇA MUSCULAR GRAU III EM MSD + M

EXAME COMPLEMENTAR

RX FRAT DE CLAVICULA D + FRAT DE TIBIA D

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

RELATORIO DE ALTA MEDICA DEFINITIVA COM PERDA DE 75 % EM MSD + MID

DR. GIOVANNI SILVA
CRM-PI 1729

DR. FERDINAND FREITAS
CRM-PI 3096

DR. ROCELDO ANTONIO
CRM-PI 3531

27/06/18

DR. EDUARDO DE SOUZA LIMA JUNIOR
RUEP-DIA 11/06/2018
CRM-PI 313 TECTA 3054

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2018

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO MUNICIPAL DE REABILITAÇÃO
MANOEL FERREIRA DA SILVA



DECLARAÇÃO



Declaro para os devidos fins que **LUCAS DE SOUSA SANTOS**, portador do **RG:3.916.898** e **CPF:072.404.643-77**, está em atendimento no **CENTRO DE REABILITAÇÃO MANOEL FERREIRA** em **BARRAS-PI**, realiza atendimento fisioterapêutico com o objetivo de melhorar seu quadro algico e força muscular devido **FRATURA DE TIBIA DIREITA**. Evolui com diminuição do quadro algico. Diante disso, o mesmo apresenta-se com dificuldades para realizar suas atividades laborais.

Barras, 26 de Junho de 2018.

Lauanne Raquel Borges Nunes
FISIOTERAPEUTA
CREATO: 923933 - F

FISIOTERAPEUTA



Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-PI
• CEP 64.180-000

clinicarebello@gmail.com

(86) 9.9416.8836 • (Claro) • 9.8825-4810 (Oi)
• 9.9905-5407 • 9.8151-6986 (Vivo)

Nome: _____

Nome: Lucas de Sousa Santos
Médico: Almir Filho

Número: 1319
Data Exame: 11/02/2018

RADIOGRAFIA DA CLAVÍCULA DIREITA

RELATÓRIO

O estudo radiológico da clavícula realizado em incidências ântero/posterior, demonstra:

- Fratura completa, em consolidação, angulada, em 1/3 lateral da clavícula direita.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura completa, em consolidação, angulada, em 1/3 lateral da clavícula direita.


Leonardo Robert de Carvalho Braga
CRM 1667

Data: ____/____/____





9 Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-PI
• CEP: 64.180-000
E clinicarebello@gmail.com
L (86) 9.9416-8836 • (Claro) • 9.8825-4610 (Oi)
• 9.9905-5407 • 9.8151-6986 (Vivo)

Nome: _____

Nome: Lucas de Sousa Santos
Médico: Almir Filho

Número: 1319
Data Exame: 28/03/2018

RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA

RELATÓRIO

O estudo radiológico da perna realizado em incidências ântero/posterior e perfil, demonstra:

- Fratura em vias de consolidação em diáfise tibial.
- Restante da estrutura óssea com densidade e anatomia preservada.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Imobilização gessada

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Fratura em vias de consolidação em diáfise tibial.
2. Imobilização gessada.

Monica Patricia Nobre de Oliveira
CRM 1938

Data: ____/____/____





• Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-PI
• CEP: 64.180-000
• clinicarebello@gmail.com
• (86) 9.9416-8836 • (Claro) • 9.8825-4610 (Oi)
• 9.9905-5497 • 9.8151-8986 (Vivo)



Nome: _____

Nome: Lucas de Sousa Santos
Médico: Almir Filho

Número: 1319
Data Exame: 11/02/2018

RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA

RELATÓRIO

O estudo radiológico da perna realizado em incidências ântero/posterior e perfil, demonstra:

- Fratura completa, em consolidação, em 1/3 médio da diáfise tibial.
- Imobilização gessada.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Fratura completa, em consolidação, em 1/3 médio da diáfise tibial.
2. Imobilização gessada.


Leonardo Robert de Carvalho Braga
CRM 1667



Data: ____/____/____



PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Antenor de Castro Rego, S/N / Bairro Matadouro
CNPJ 02.361.201/0001-40
Barras-PI



Paciente(a): _____

End.: _____

Este paciente
depois foi e me
falei de um filho,
falei acidente de moto
com fratura no pé
e clavícula, com fratura
do fêmur dos membros
inferiores.


Barras(PI): ____/____/____

Assinatura de: Dr. João Rodrigues da Cruz
Médico
CPF: 096.149.703-25

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 JUN 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Observação: Voltando a consulta, queira trazer esta receita

SUS 1639763665600082

 GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELO - BARRAS - PI BOLETA DE ATENDIMENTO AMBULATORIO E DE URGENCIA			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE <u>Lúcia de Sousa Santos</u>			
DATA DE NASCIMENTO <u>03/06/1972</u>	PROFISSÃO	SEXO MASC <input checked="" type="checkbox"/> FEM <input type="checkbox"/>	
FILIAÇÃO			
PAI <u>GONCALVES DOS SANTOS</u>			
MÃE <u>SOUSA AL. SOUSA</u>			
ENDEREÇO <u>Via Freixo</u>			
MUNICÍPIO <u>Barras</u>	ESTADO <u>PI</u>	CEP <u>64100-000</u>	
DADOS SOBRE ATENDIMENTO			
DATA DO ATENDIMENTO <u>29/10/17</u>	HORA		
MOTIVO DO ATENDIMENTO <u>Paciente com dor abdominal</u>			
DIAGNÓSTICO <u>Dor em abdome superior direito</u>			

RECEBUEMOS
10/11/2017
DR. HENRIQUE LOPES
10/11/2017

DEPARTAMENTO DE SIN...
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
29 MAR 2010
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Góes de Azevedo 155 Lda C
Centro Norte CEP: 84.362-78

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS					
L + Semas D					
TRATAMENTO REALIZADO					
D.O. e Semas sup de Semas					
PROCEDIMENTOS REALIZADOS					
CONSULTA BÁSICA	<input type="checkbox"/>	CURATIVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AEROSOL	<input type="checkbox"/>	RETIRADA DE PONTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DRENAGEM DE ABCESSO	<input type="checkbox"/>	PRESSÃO ARTERIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RETIRADA DE CORPO ESTRANHIO	<input type="checkbox"/>				
PEQUENA CIRURGIA	<input type="checkbox"/>				
SUTURA SIMPLES	<input type="checkbox"/>				
TERAPIA MEDICAMENTOSA	<input type="checkbox"/>				
PACIENTE EM OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/>				
DATA _____ / _____ / _____	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL				
	Dr. Renato Augusto Assis Cirurgião Geral CRM RJ 8.539 Rua do Rio de Janeiro, 100-17				
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL					
CPF Nº _____					



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE BARRAS
HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELOS



**HOSPITAL REGIONAL
LEÔNIDAS MELO**

FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:	LEITO / ENFERMARIA	Nº PRONTUÁRIO
Bucar, Sana Santa	04/01	
NOME DO MÉDICO:		

[illegible]





Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-PI
• CEP: 64.180-000
clinicarebebo@gmail.com
(86) 9.9416-8836 • (Claro) • 9.8625-4610 (Oi)
• 9.9905-5467 • 9.8191-6986 (Vivo)

Nome: _____

Nome: Lucas de Sousa Santos
Médico: Almir Filho

Número: 1319
Data Exame: 11/02/2018

RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA

RELATÓRIO

O estudo radiológico da perna realizado em incidências ântero/posterior e perfil, demonstra:

- Fratura completa, em consolidação, em 1/3 médio da diáfise tibial.
- Imobilização gessada.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Fratura completa, em consolidação, em 1/3 médio da diáfise tibial.
2. Imobilização gessada.

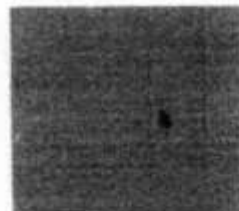


Leonardo Robert de Carvalho Braga
Leonardo Robert de Carvalho Braga
CRM 1667

Data: ____/____/____



Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-PI
• CEP 64.180-000
clinicarebello@gmail.com
(86) 9.9415-8836 • (Claro) • 9.8825-4810 (Oi)
• 9.9905-5457 • 9.8151-6986 (Vivo)



Nome: _____

Nome: Lucas De Sousa Santos
Médico: Almir Filho

Número: AL1319
Data Exame: 15/12/2017

RADIOGRAFIA DA PERNA ESQUERDA

RELATÓRIO

O estudo radiológico da perna realizado em incidências ântero/posterior e perfil, demonstra:

- Fratura cominutiva em terço médio da diáfise tibial, em vias de consolidação, associada a aparelho gessado de imobilização.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade sem alterações.

• IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura cominutiva em terço médio da diáfise tibial, em vias de consolidação, associada a aparelho gessado de imobilização.

Catarina Borges Santana Alves
Catarina Borges Santana Alves
CRM 4387



Data: ____/____/____





Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-PI
• CEP 64.130-000

clinicarebello@gmail.com.

(86) 9.9416-8836 • (Claro) • 9.8625-4610 (Oi)
• 9.9905-5457 • 9.8151-6986 (Vivo)

Nome: _____

Nome: Lucas De Sousa Santos
Médico: Almir Filho

Número: AL1319
Data Exame: 15/12/2017

RADIOGRAFIA DA CLAVÍCULA DIREITA

RELATÓRIO

O estudo radiológico da clavícula realizado em incidências ântero/posterior, demonstra:

- Fratura oblíqua, não consolidada, angulada, localizada em terço médio da diáfise da clavícula direita.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura oblíqua, não consolidada, angulada, localizada em terço médio da diáfise da clavícula direita.

Catarina Borges
Catarina Borges Santana Alves
CRM 4387



Data: ____/____/____



• Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-PI
• CEP: 64.190-000
• clinicarebello@gmail.com
• (86) 9.9416-8836 • (Claro) • 9.8825-4610 (Oi)
• 9.9905-5457 • 9.8151-6986 (Vivo)



Nome: _____

Nome: Lucas de Sousa Santos
Médico: Almir Filho

Número: 1181
Data Exame: 04/11/2017

RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA

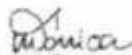
RELATÓRIO

O estudo radiológico da perna realizado em incidências ântero/posterior e perfil, demonstra:

- Fratura não consolidada em diáfise tibial.
- Restante da estrutura óssea: com densidade e anatomia preservada.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Imobilização gessada.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Fratura não consolidada em diáfise tibial.
2. Imobilização gessada.


Mônica Patrícia F. Nobre de Oliveira
CRM 1938

Data: ____/____/____



Nome: _____

Nome: Lucas de Sousa Santos
Médico: Almir Filho

Número: 1181
Data Exame: 04/11/2017

RADIOGRAFIA DO OMBRO DIREITO

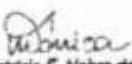
RELATÓRIO

O estudo radiológico do ombro, realizado em incidências de rotações externa e interna, demonstra:

- Fratura não consolidada, com angulação cranial, em terço médio da clavícula direita.
- Restante da estrutura óssea: com densidade e anatomia preservada.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade preservados.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Fratura não consolidada, com angulação cranial, em terço médio da clavícula direita.


Mônica Patrícia F. Nobre de Oliveira
CRM 1938

Data: ____/____/____





Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-PI
• CEP: 64.180-000
clinicarebello@gmail.com
(86) 9.9416-8836 • (Claro) • 9.8825-4810 (Oi)
• 9.9905-5437 • 9.8151-8986 (Vivo)



Sr(a). LUCAS DE SOUSA SANTOS

Nome: _____

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente supracitado está em tratamento conservador de fratura de tibia e clavícula direita e necessita de afastamento do trabalho por 180 dias.
CID: S822 e S420



Esperantina 03 de Novembro de 2017

DR. Almir Alves Rebelo Filho
CRM 2972/P1
Ortopedista e Traumatologista

Data: ____/____/____





Rua Carvalho e Silva, 313 • Centro • Esperantina-PI
• CEP 64.190-000

clinicarebello@gmail.com

(86) 9.9416-8836 • (Claro) • 9.8625-4610 (Oi)
• 9.9905-5807 • 9.8151-0986 (Vivo)

Nome: _____

Nome: Lucas de Sousa Santos
Médico: Almir Filho

Número: 1319
Data Exame: 11/02/2018

RADIOGRAFIA DA CLAVÍCULA DIREITA

RELATÓRIO

O estudo radiológico da clavícula realizado em incidências ântero/posterior, demonstra:

- Fratura completa, em consolidação, angulada, em 1/3 lateral da clavícula direita.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura completa, em consolidação, angulada, em 1/3 lateral da clavícula direita.




Leonardo Robert de Carvalho Braga
CRM 1667

Data: ____/____/____



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Lucas de Sousa Santos
ASSINATURA DO TITULAR
01/06/1997

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.916.898 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/06/13

NOME LUCAS DE SOUSA SANTOS

FILIAÇÃO SOCORRO MARIA DE SOUSA
GONÇALO DOS SANTOS

NATURALIDADE BATALHA-PI DATA DE NASCIMENTO 01/06/1997

DOC. ORIGEM CERT.NASC. 20643 L 46 F 66V
EXP BATALHA - PI 27/11/97

TERCEIHA - PI 072.404.643-77 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 29/08/93 - DECRETO Nº 89.250/93

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
29 MAR 2013
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 466 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.062-478

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENIDO NAO VERIFICADO
29 MAR 2010
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja G
Centro - Norte CEP: 64.002470

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Lucas de Sousa Santos
ASSINATURA DO TITULAR
01/06/1997

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.916.898 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/06/13

NOME LUCAS DE SOUSA SANTOS

FILIAÇÃO SOCORRO MARIA DE SOUSA
GONÇALO DOS SANTOS

NATURALIDADE BATALHA-PI DATA DE NASCIMENTO 01/06/1997

DOC. ORIGEM CERT.NASC. 20643 L 46 F 66V
EXP BATALHA - PI 27/11/97

TERCEIHA - PI 072.404.643-77 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 29/08/93 - DECRETO Nº 89.250/93

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
29 MAR 2013
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 466 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.062-478

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENIDO NAO VERIFICADO
29 MAR 2010
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja G
Centro - Norte CEP: 64.002470