



ADVOCACIA

Dr. ANTONIO FRANCISCO DOS SANTOS

OAB-PI 6460

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: DENILSON PINHEIRO, brasileiro, solteiro, lavrador, Portador do RG nº 4.742.090 e CPF nº 092.929.223-51, residente e domiciliado na Localidade Caiçara-Zona Rural Capitão de Campos-PI.CEP: 64.270.000.

OUTORGADO: Dr. ANTONIO FRANCISCO DOS SANTOS, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB-PI Nº 6460. Portador do CPF Nº 510.220.013-53. Com Escritório na Av. Santos Dumont Nº 372 - Bairro: Centro, Capitão de Campos - PI. Telefone: (086) 99447 9578 – 98107 4102- 99841 6010. afsantos.adv@hotmail.com

PODERES: pelo presente instrumento de procuração, o (s) outorgante(s) acima nomeia(m) e constitui(m) seu(s) bastante(s) procurador (es) o(s) advogados(s) aqui outorgado(s), a quem confere(m) amplo poderes para o foro em geral, com a cláusula “*ad judicium*” e *Extra*, perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública Federal, Estadual ou Municipal, podendo peticionar e propor contra quem de direito as ações competentes, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais, conferindo-lhe poderes especiais para arguir suspeição e defendendo-o(s) quando for(em) réu(s), interessados(s) ou requerido(s), podendo reclamar, conciliar, desistir, receber alvará judicial e fazer levantamento de valores, fazer acordo, recorrer, sacar valores, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firma compromissos, prestar declaração, receber citação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, e com pleito de gratuidade da justiça, o que faz por declaração de seu patrono, sob a égide do art. 99, § 4º c/c 105, *in fine*, ambos do CPC, se assim lhe(s) conviver, e praticando todos os atos necessário para o bom e fiel desempenho deste Mandato, dando tudo por bom firme a valioso inclusive, substabelecer e, em especial, para ajuizar e acompanhar até final do tramite processual Ação Judicial.

Capitão de Campos - PI, 28 de março de 2019.

Reclamante: Denilson Pinheiro

Av. Santos Dumont, 372 Bairro: Centro CEP: 64.270-000 – Capitão de Campos– PI - Fone: (086)99447-9578- 98107 4102-99841 6010. E-mail: afsantos.adv@hotmail.com





Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2018

Aos Quidados de: DENILSON PINHEIRO
Nº Sinistro: 3180488069
Vítima: DENILSON PINHEIRO
Data do Acidente: 16/07/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO FRANCISCO DOS SANTOS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro 3180488069.

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

Cópia nº 0468720



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0378111/18

Vítima: DENILSON PINHEIRO

CPF: 092.929.223-51

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DENILSON PINHEIRO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ANTONIO FRANCISCO DOS SANTOS : 510.220.013-53

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

DENILSON PINHEIRO : 092.929.223-51

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

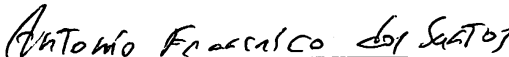
Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

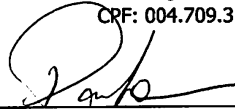
Data da entrega: 17/10/2018
Nome: ANTONIO FRANCISCO DOS SANTOS
CPF: 510.220.013-53



ANTONIO FRANCISCO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2018
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70



Paula Vargens Mendes da Costa





**GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE CAPITÃO DE CAMPOS/PI**



AGOSTINHO FLORINDO DE OLIVEIRA FILHO, Escrivão de Polícia Civil, Classe Especial, e Chefe do Cartório desta Delegacia de Polícia Civil, MAT. 039727-0, lotado, e no exercício de suas funções, neste município, usando das suas atribuições legais...

47 93 80

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 010/2018 Folhas 35/v.

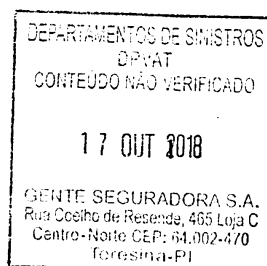
Compareceu nesta Delegacia de Polícia Civil DENILSON PINHEIRO, CPF: 092.929.223-51, brasileiro, piauiense, solteiro, lavrador, nascido em 07/01/2000, natural de Piripiri-PI, filho de Agostinho Pinheiro e Rita Maria da Conceição, residente e domiciliado na localidade Vaquejador, município de Piripiri-PI, sendo alfabetizado.

Noticiando à Polícia Judiciária, que no dia 16/07/2018, estava nesta cidade tratando de assuntos pessoais. Diz ainda o reclamante que após resolver os assuntos procurou retornar à sua localidade de origem. Diz ainda que seguiu em trânsito por uma estrada vicinal que liga esta cidade à sua localidade pilotando uma bicicleta. Diz ainda o reclamante que ao se aproximar da localidade São Luiz, deste município, ao desfazer uma curva, se deparou com um motoqueiro que estava em alta velocidade ao seu sentido contrario, e para não haver uma colisão frontal, então, este motoqueiro procurou desviar do reclamante, mas, o punho da motocicleta pegou no punho da bicicleta que pilotava, que devido o impacto foi sacado da bicicleta que pilotava, que ficou caído no chão gravemente lesionado, que o motociclista ocasionador deste acidente nem procurou tomar conhecimento do ocorrido, pois, evadiu-se do local, sem lhe prestar os devidos atendimentos, sendo socorrido por transeuntes que passaram nesta estrada logo após ser acidentado, os quais procuraram comunicar o fato à sua família, e estes, providenciaram o seu encaminhamento ao Hospital Regional Chagas Rodrigues, em Piripiri-PI, para ser submetido à avaliações médicas, onde ficou em tratamento conservador.

É o que contém a referida Ocorrência, cujo teor fielmente transcreveu, e que, mediante apresentação do Prontuário Médico, é que foi lavrada a presente Certidão, no Livro de Registro de Ocorrências em andamento, desta Delegacia de Polícia Civil.

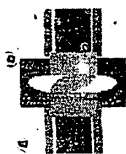
Dada e Lavrada no Cartório desta Delegacia de Polícia Civil, aos 27/09/2018.

Reclamante: Denilson Pinheiro



Agostinho Florindo de O. Filho
Chefe do Cartório
Mat: 039727-0





HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES,
CENTRO, PIRIPIRI/PI - 64260-000
CNPJ: 06553564000480
(86) 3276-3362 - (86) 3276-3362

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P0199950
Data: 16/07/2018
Funcionário: JRODRIGG
Registro: 75868
Hora: 09:20:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO



Senha 80

SUS

DENILSON PINHEIRO

Nasc.: 07/01/2000 Idade: 18 ANOS, 6 MESES, 9 DIAS Profissão: CPF: 092.929.223-51 - RG: - SUS: Civil: CEP: 64260-000
End.: LOC. VAQUEIJADOR, 0 - Bairro: ZONA RURAL Cidade: PIRIPIRI/PI
Cor: SEM Telefone: () - Mãe: RITA MARIA DA CONCEIÇÃO Pai:

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 1 - HRCR
Responsável: DENILSON PINHEIRO - O MESMO

Temp.: 0°C Peso: 0Kg P.A.: 120/80mmHg

Procedimentos

56kg

16/07/2018 9:20 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

16/07/2018 10:07 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☒ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: DOR NO PE DEVIDO ACIDENTE DE MOTO

Exame clínico/físico:

Diagnostico provavel:

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

Anotação da enfermagem

1) Voltar para casa	
2) Solicitar do Ortopedia	
Ortopedia	
Trauma de oc. de moto há 01 dia	
Queixa - Fratura 2, 3 e 4 MTT pé (E)	
CD: Intensão + pró-ep	
DEPARTAMENTOS DE SAUDES DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 17 OUT 2018 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 455 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI	Dr. Gulerberg C.M. M. Soares MÉDICO CRM-PI-5389

Denilson Pinheiro

Responsável: DENILSON PINHEIRO

PROFISSIONAL



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 interdita 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

DENILSON PINHEIRO

CPF da Vítima

092.929.223-58

Data do Acidente

16.07.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

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.



CAPITÃO DE CAMPOS 16 de OUTUBRO de 2018

Local e Data

Denilson Pinheiro

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



**HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES**

AV. DR. PADUA MENDES,
CENTRO, PIRIPIRI/PI - 64260-000
CNPJ: 06553564000480
(86) 3276-3362 - (86) 3276-3362

Ficha de Atendimento (Acolhimento)

Atendimento: P0199950
Data: 16/07/2018
Funcionário: JRODRIGO

Registro: 78863
Hora: 09:20:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SUS



Senha **80**

DENILSON PINHEIRO

asc.: 07/01/2000 Idade: 18 ANOS, 6 MESES, 9 DIAS
nd.: LOC. VAQUEIJADOR, 0 -
3GE: 2208403 Cor: SEM Mãe: RITA MARIA DA CONCEIÇÃO

Profissão:
Bairro: ZONA RURAL

Cidade: **PIRIPIRI/PI**
Pai:

CPF: 092.929.223-51 - RG: - SUS: Civil: CEP: 64260-0

Clinica: **CLINICA MEDICA** Documento: 1 - HRCR
Responsavel: DENILSON PINHEIRO - O MESMO

Procedimentos

16/07/2018 9:20 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☒ Verde - Pouco ☐ Azul - Não Urgente

Motivo do atendimento: DOR NO PE DEVIDO ACIDENTE DE MOTO

QUEIXA/HISTÓRIA

DOR NO PÉ ESQUERDO DESDE ONTEM À NOITE DEVIDO QUEDA DE MOTO

OBSERVAÇÃO**SINAIS VITAIS**

PA: 120/80mmHg mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ALERGIAS

NEGA

MEDICAÇÃO USUAL**CONDUTA**

Responsavel: DENILSON PINHEIRO

PROFISSIONAL



HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES, 300
PIRIPIRI/PI

Documento	1014168
Data:	16/07/2018
hora:	12:09

DIAGNÓSTICO

BOLETIM DE ADMISSÃO

3868 - DENILSON PINHEIRO

Sexo: **MASCULINO** - 07/01/2000 - 18 ANOS, 6 MESES, 9 DIAS

Unidade: CLINICA MEDICA Enfermaria: OB01 OBSERVACAO 01 Leito: OB0102 Naturalidade:

Idade: Médica: 5388 - GUTENBERG CLEMENTINO MARTINS MENDES

F: 092.929.223-51 RG: C/N: CNS:

Endereço: LOC. VAQUEIJADOR, Nº 0 - CEP: 64260-000 Bairro: ZONA RURAL

Telefone: () -

Mãe: RITA MARIA DA CONCEIÇÃO

Responsável: DENILSON PINHEIRO - () -- O MESMO

Diagnóstico Inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Resultado

☐
☐
☐
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

☐
☐
☐

-48 Horas

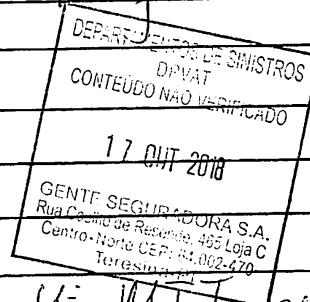
+48 Horas

Obito

Transferido

História Clínica

Acidente de Trabalho



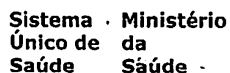
Diagnóstico Provável

Fração 2, 3 e 4 - MTT (E)

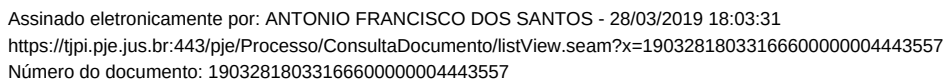
Dr. Gutenberg C. M. M. Soares
MÉDICO
CRM-PI: 5388

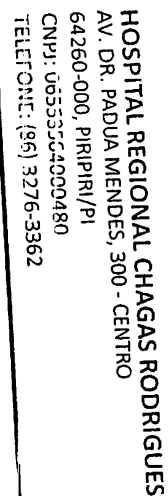
PROFISSIONAL





Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES				2 - CNES 2777743	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES				4 - CNES 2777743	
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE DENILSON PINHEIRO				6 - Nº DO PRONTUÁRIO 78866	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO 07/01/2000		9 - SEXO Masc. ☒ 1 Fern. ☐ 2	
10 - NOME DA MÃE RITA MARIA DA CONCEIÇÃO				11 - TELEFONE DE CONTATO () -	
12 - ENDEREÇO LOC. VAQUEIJADOR, 0 - ZONA RURAL					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA PIRIPIRI		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO 2208403		15 - UF PI	
				16 - CEP 64260-000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Fratura da perna (E)					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO As acima.					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Raio x + E.F.					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura da perna (E)		21 - CID PRINCIPAL S929		22 - CID SECUNDARIO	
				23 - CAUSAS ASSOC.	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Ortopedia				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA CLINICA MEDICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO URGÊNCIA		28 - DOCUMENTO () CNS (x) CPF	
29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 101457303		30 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM) MEDICO CRM-PI: 5388			
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 16/07/2018		32 - Nº DO BILHETE			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO		35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO	
36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - CNPJ EMPRESA		38 - SÉRIE	
39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR		() AUTÔNOMO () DESEMPREGADO		() NÃO SEGURO	
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR TIAGO DOS SANTOS SILVA		44 - COD. ORGÃO EMISSOR M230350101		49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP	
45 - DOCUMENTO () CNS (x) CPF 01471547310		46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					





Impresso: 16/07/2018 - 12:15:26
Página: 1/1



18 ANOS, 6 MESES, 9 DIAS

PACIENTE: 1014168-DENILSON PINHEIRO

LEITO:0B0102

ADMISSÃO: 16/07/2018

DIAS INTERNADO: 0

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA: OB01-OBSERVAÇÃO DE

16/07/2018 - 12:13:11

Evolução Médica

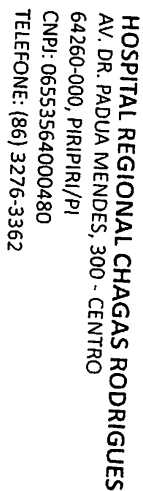
DIETA LIVRE	1,00				
JELCO SOROLISADO					
TRAMADOL 100MG/2ML CLORIDRATO+100ML SF0,9%	1,00 UN	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	12.10.2007	18.10.06
DIPIRONA 500MG/ML 2ML	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	06/06H	12.10.2007	18.10.06
CETOPROFENO 100MG FRASCO+100ML SF0,+9%	1,00 FRA	ENDOVENOSA (EV)	12/12H	SE DOR PERSISTENTE	SN
METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO DE 10MG/ML 2ML - PLA	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	SE NAUSEA/VÔMITO	SN

DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD
COMANDO EN JEFE
17 OCT 2018
GENIE SEGURIDAD S.A.
Rta Centro de Rosario, 455 Loja C
Código de Barras DEP 64.062-470
Tortosa PI

PROFESSOR ~~E. C. M. M. M.~~ 10/15

MÉDICO
CAM-PI: 5388





Impresso: 17/07/2018 - 09:30:27

Page: 1/

PACIENTE: 1014168-DENILSON PINHEIRO

IDADE: 18 Anos

SUS

ENFERMARIA: OB01-OBSERVACAO 01

LEITO:0B0102

ADMISSÃO: 16/07/2018

DIAS INTERNADO: 1

PRESCRIÇÃO MÉDICA

17/07/2018 - 09:30:15

DIETA LIVRE

JELCO SOROLISADO

	1,00				
TRAMADOL 100MG/2ML CLORIDRATO+100ML SF0,9%	1,00	UN	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	OK
DIPIRONA 500MG/ML 2ML	1,00	AMP	ENDOVENOSA (EV)	06/06H	
CETOPROFENO 100MG FRASCO+100ML SF0,+9%	SN	FRA	ENDOVENOSA (EV)	12/12H	SE DOR PERSISTENTE
METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO DE 10MG/ML 2ML - PLASIL	SN	AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	SE NAUSEA/VOMITO
SSV+CCGG					

15.30: (A: 120/180 mmHg)
tx: 36 $\frac{1}{2}$ C⁺ fexinda



PROFISSIONAL

PG SOLUÇÕES EM INFORMÁTICA - PGP SIGEH



Assinado eletronicamente por: ANTONIO FRANCISCO DOS SANTOS - 28/03/2019 18:03:31
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1903281803316660000004443557>
 Número do documento: 1903281803316660000004443557



HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES, 300 - CENTRO
64260-000, PIRIPRI/PI
CNPJ: 06553564000480
TELEFONE: (86) 3276-3362



Impresso: 18/07/2018 - 13:11:3

Pág.: 1/

PACIENTE: 1014468-DENILSON PINHEIRO
UNIDADE: 1014468-DENILSON PINHEIRO
CLINICA: MEDICA/ALTO-CM0707

IDADE: 18 Anos
ADMISSÃO: 16/07/2018

SUS
DIAS INTERNADO: 2

18/07/2018 - 11:11:37

DIETA: LÍQUIDA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

JEJO COMPLETO	1,00	1,00	EM: COVENÇA (EV)	GR: 02H	
TRABADO: 100MG/2ML - 1,00 (PATO) 1,00 (ML)	1,00	UM	EM: COVENÇA (EV)	GR: 02H	
SPO 5% 100MG/2ML	1,00	AMP	EM: COVENÇA (EV)	GR: 02H	
CELEBREX 100MG FRASCO 100MG/20% SPO 20%	1,00	90A	EM: COVENÇA (EV)	GR: 02H	
METOCLOPRAMIDA 10MG/5ML	1,00	4-4P	EM: COVENÇA (EV)	GR: 02H	
SSV+CCGG	1,00	4-4P	EM: COVENÇA (EV)	GR: 02H	

PROFISSIONAL

Dr. Antonio Francisco dos Santos
CRM - PI 2422
Médico Especialista

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

Antonio Carlos M. Barro
Téc. de Enfermagem
COREN-PI 6072

As Docima SSVV
PA= 120x80 mmHg
TAX= 36,44%
A= 18,00mmHg
PA= 120x70 mmHg
TAX= 37,12%



HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES, 300 - CENTRO
64260-000, PIRIPIRI/PI
CNPJ: 06553564/000480
TELEFONE: (86) 3276-3362



Impresso: 19/07/2018 - 08:00:46

Pág.: 1/1

PACIENTE: 1014168-DENILSON PINHEIRO

IDADE: 18 Anos

SUS

ENFERMARIA: CM07-CLINICA MEDICA

LEITO: CM0707

ADMISSÃO: 16/07/2018

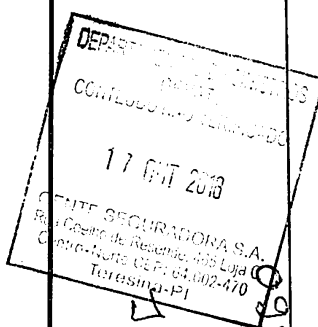
DIAS INTERNADO: 3

PRESCRIÇÃO MÉDICA

19/07/2018 - 08:00:41

DIETA LIVRE

JEICO SONOJASADO	1,00				
TRAMADOL 100MG/21ML CLORIDRATO+100ML SFO 9%	1,00	UN	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	
DIPIROINA 500MG/ML 21ML	1,00	AMP	ENDOVENOSA (EV)	06/06H	
CETOPROFENO 100MG FRASCO+100ML SFO+9%	1,00	FRA	ENDOVENOSA (EV)	12/12H	SE DOR PERSISTENTE
METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO DE 10MG/ML 21ML - PLASIL	1,00	AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	SE NAUSEA/VÔMITO
SSV+CCGG					



DR. FELIPE VERNER PRONONCIATI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PI 4627

PROFISSIONAL





HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES, 300 - CENTRO
64260-000, PIRIPIRI/PI
CNPJ: 06553566/000480
TELEFONE: (86) 3276-3362



Impresso: 20/07/2018 - 08:08:17

Pág.: 1/1

PACIENTE: 1014168-DENILSON PINHEIRO
ENFERMARIA: CM07-CLINICA MEDICA LEITO: CM0707
IDADE: 18 Anos
ADMISSÃO: 16/07/2018
DIAS INTERNADO: 4

SUS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

20/07/2018 - 08:08:09

DIETA ZERO

JELCO SOROLISADO	1,00	1,00	UN	ENDOVENOSA (V)	09/08H				
TRAMADOL 100MG/2ML CLORIFENATO 100MG	1,00	UN	ENDOVENOSA (V)	09/08H					
SFC 9%									
DIPLONA 300MG/30ML	2,00	AMP	ENDOVENOSA (V)	09/08H					
LETIPROXENO 100MG FRA:CO+100MG FRA:9%	3N	1,00	FRA	ENDOVENOSA (V)	12/12H				
METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO DE 10MG/ML	3N	1,00	AMP	ENDOVENOSA (V)	08/08H				
SSV - CCGA									

Apelativo 16 + ADF 6/6

18

00h

00h

12h

*12h 12h - 120x80mm
Tx: 36,3°C - 120x80mm
18h 12h - 120x80mm
Tx: 36,5°C - 120x80mm
10:00 PM - 120x80mm
Tx - 36,0°C*

PROFISSIONAL

Dr. Felipe Vences Paronceli
Ortodontia e Tratamento
CRM - PI 4427

DEPARTAMENTO DE CONTAS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Resende, 450 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES, 300 - CENTRO
64260-000, PIRIPRI/PI
CNPJ: 06553564000480
TELEFONE: (86) 3276-3362



Impresso: 21/07/2018 - 07:19:4

Pág.: 1/

PACIENTE: 1014168-DENILSON PINHEIRO

IDADE: 18 Anos

SUS

ENFERMARIA: CM07-CLINICA MEDICA LEITO: CM0202

ADMISSÃO: 16/07/2018

DIAS INTERNADO: 5

21/07/2018 - 07:19:15

DIETA ZERO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

JEICO SOROLISADO	1,00				
CEFALOFINA 1G INJ.	1,00	FRAMFENDOVENOSA (EV)	06/06H		
TRAMADOL 100MG/2ML CLORIDRATO+100ML SOL 5%	1,00	U-1 ENDOVENOSA (EV)	08/08H		
U-1 AMP 1,00MG/2ML 2ML	1,00	AMP ENDOVENOSA (EV)	09/06H		
CETOPROFENO 100MG FRASCO+100ML 5%+9%	1,00	FRA ENDOVENOSA (EV)	12/11H		
ANFIDOLAMIDA, CLORIDRATO DE 300MG/ML 2ML - 2% SOL	1,00	AMP ENDOVENOSA (EV)	09/08H		
SSV+CCGS					

18:30:00 - (20x20mm) kg
Tx - 36.2°C

Guilherme Maciel
Técnico em Geriatria
CRM 150.377

Ass. Hospitalar

PROFISSIONAL

DEPARTAMENTO DE SILOS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 04.002-470
Teresina-PI



ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

RELATÓRIO DE ANESTESIA

NOME <i>Deulson Pinheiro</i>							
DATA		ENFERMARIA			CLÍNICA		
IDADE	SEXO ☐ M ☐ F	COR	PESO (KG)	ALTURA (CM)	ASA	MALLAMPATTI	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura de metatarso</i>							
TIPO DE CIRURGIA <i>1º. único</i>							
MEDICAMENTOS EM USO							
TEMPERATURA	PRESSÃO ARTERIAL	FREQ. CARDÍACA	HTM	HTC	HB	LEUCOMETRIA	
GLICEMIA	URÉIA / CREATININA	SÓDIO / POTÁSSIO	PLAQUETAS		TAP / TTPA / RNI		OUTROS
ALERGIAS							
COMPLICAÇÕES EM ANESTESIAS ANTERIORES							
TEMPO DE JEJUM	ESTADO FÍSICO	ECG	Rx TÓRAX	ANESTESIA PROPOSTA		ELIATIVA ☐ URGÊNCIA ☒	

ECTOSCOPIA	AP. CARDIOVASCULAR	AP. RESPIRATÓRIO	SIST. NERV. CENTRAL	OBS. COMPLEMENTARES
☒ BOM ESTADO GERAL	☒ HEMODINÂMICA ESTÁVEL	☒ EUPNEIA	☒ ACORDADO	
☐ ESTADO GERAL REGULAR	☐ HEMODINÂMICA INSTÁVEL	☐ MV FISIOLÓGICO	☒ LUCIDO	
☐ ESTADO GERAL PRECÁRIO	☐ TAQUICARDIA	☐ TAQUIPNEIA	☐ ORIENTADO	
☐ CORADO	☐ BRADICARDIA	☐ DISPNEIA	☐ SONOLENTO	
☐ DESCORADO - PÁLIDO	☐ PRESSÃO ARTERIAL NORMAL	☐ MV DIMINUÍDO	☐ DESORIENTADO	
☐ HIDRATADO	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL	☐ SIBIOS	☐ ANSIOSO	
☐ DESIDRATADO	☐ HIPOTENSÃO ARTERIAL	☐ BRONCOESPASMO	☐ AGITADO	
☐ ICTÉRICO	☐ CHOQUE	☐ RONCO / ESTERTORES	☐ COMA	
☐ ANICTÉRICO	☐ RITMO CARDÍACO R 2 T	☐ TOSSE	☐ ISOCORIA	
☐ CIANÓTICO	☐ ARRÍTMICO	☐ INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA	☐ ANISOCORIA	
☐ ACIANÓTICO	☐ EXTRASSÍSTOLES	☐ SUDORESE	☐ DEFICIT MOTOR	

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA		DOSAGEM	HORA
INTERVALO ANESTÉSICO			
AGENTS	OXIGÊNIO L / MIN		
	ÓXIDO NITROSO L / MIN		
	HALOTANO		
	ISOFLURANO		
	SEVOFLURANO		
VOL. TOTAL:			
VOL. TOTAL:			
VOL. TOTAL:			
LÍQUIDOS ENDOVENOSOS			

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
EFEITO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Azevedo, 405 Loja C
Centro - Niterói - RJ
CEP: 24.110-240





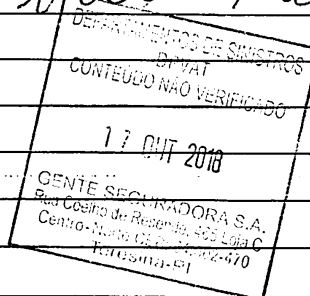
RELATÓRIO CIRÚRGICO

TÉCNICA CIRÚRGICA

TÉCNICA CIRÚRGICA

Parientes de MATE para el parto normal
Anexo 7. Parto - normal
Historia de parto
Indicaciones y planes de parto de
4.º MATE con pro de K. MATE - normal
Historia de parto
Indicaciones por planes
Anexo 7

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
B. VAI
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Cosme de Resende, 403 Loja C
Centro - Niterói RJ 24020-070
Fones: 21-2402-470



MÉDICO / CARIMBO / ASSINATURA

MÉDICO / CA



ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

BOLETIM DE GASTO CIRÚRGICO

Nome: *Davidson Ribeiro*

ENFERMARIA		LEITO	CIRÚRGICO	ANESTESISTA
CIRURGIA				
INÍCIO	TÉRMINO		ANESTESIA	

MATERIAL DE CONSUMO		UNIDADE	QUANTIDADE	MATERIAL DE CONSUMO		UNIDADE	QUANTIDADE
Agulha 13 x 4,5				ATADURA GESSADA			
Agulha 25 x 7				MICROPOR			
Agulha 30 x 7				ESPARADRAPO			
Agulha 40 x 12							
Agulha de Raque 20G x 3				FIOS CIRÚRGICOS			
Agulha de Raque 22G x 2				MONONYLON Nº 0			
Agulha de Raque 22G x 3				MONONYLON Nº 1			
Agulha de Raque 25G x 3				MONONYLON Nº 2			
Agulha de Raque 26G x 3				MONONYLON Nº 3			
Agulha de Raque 27G x 3				MONONYLON Nº 4			
Seringa 5 ml				MONONYLON Nº 5			
Seringa 1 ml				MONONYLON Nº 6			
Seringa 20 ml				MONONYLON Nº 7			
Seringa 30 ml				VICRYL Nº 0			
Seringa 60 ml				VICRYL Nº 1			
CATETER JEICO Nº 14				VICRYL Nº 2			
CATETER JEICO Nº 16				VICRYL Nº 3			
CATETER JEICO Nº 18				VICRYL Nº 4			
CATETER JEICO Nº 22				VICRYL Nº 5			
CATETER JEICO Nº 24				VICRYL Nº 6			
CATER PERIURAL				CAT GUT SIMPLES Nº			
SCALP Nº 19				CAT GUT CROMADO Nº			
SCALP Nº 21				CAT GUT CROMADO Nº			
SCALP Nº 23							
SCALP Nº 25							
SCALP Nº 27							
Equipo INJ. LATERAL				PVPi Tópico			
Equipo Polifix 2 vias				PVPi DEGERMANTE			
Equipo Polifix 4 vias				Alcool Iodado			
Equipo MACROGOTAS				Agua Oxigenada			
Equipo MICROGOTAS				VASSELINA Líquida			
Dreno de Penrose Nº				FORMOL			
Dreno de sucção Nº				CLOREXIDINA			
Dreno de Tórax Nº							
Urofix Sist. Fechado							
Eletródos							
Lamina Nº 11							
Lamina Nº 15							
Lamina Nº 24							
Luva esteril 6,5							
Luva esteril 7,0							
Luva esteril 7,5							
Luva esteril 8,0							
Luva esteril 8,5							
Luva de Procimento (PAR)							
Sonda de Foley							
Tubo Orotraqueal							
Canula Traqueostomia							
Sonda de Aspiração Nº							
Sonda Gastrica Nº							
Cera Ossa							
Suriceal							
MACI 10%							
MACI 20%							
DEXAMETASONA							
COMPRESSA							
COMPRESSA DE GAZES							
ALGODÃO ORTÓPÉDICO							

DATA: 28/03/18

INSTRUMENTADOR

CIRURMANTE

Rafael Guedes



ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

Eduardo

RELATÓRIO DE ANESTESIA

NOME <i>Yanielson Pinheiro</i>							
DATA <i>20.07.18</i>		ENFERMARIA			CLÍNICA <i>Ortopédica</i>		
IDADE <i>28a</i>	SEXO ☒ M ☐ F	COR	PESO (KG)	ALTURA (CM)	ASA	MALLAMPATTI	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO							
TIPO DE CIRURGIA							
MEDICAMENTOS EM USO							
TEMPERATURA	PRESSÃO ARTERIAL	FREQ. CARDÍACA	HTM	HTC	HB	LEUCOMETRIA	
GLICEMIA	URÉIA / CREATININA	SÓDIO / POTÁSSIO	PLAQUETAS		TAP / TTPA / RNI		OUTROS
ALERGIAS							
COMPLICAÇÕES EM ANESTESIAS ANTERIORES							
TEMPO DE JEJUM		ESTADO FÍSICO	ECC	Rx TÓRAX	ANESTESIA PROPOSTA		ELETIVA ☐ URGÊNCIA ☐

ECTOSCOPIA	AP. CARDIOVASCULAR	AP. RESPIRATÓRIO	SIST. NERV. CENTRAL	OBS. COMPLEMENTARES
BOM ESTADO GERAL	HEMODINÂMICA ESTÁVEL	EUPNEIA	ACORDADO	
ESTADO GERAL REGULAR	HEMODINÂMICA INSTÁVEL	MV FISIOLÓGICO	LÚCIDO	
ESTADO GERAL PRECÁRIO	TAQUICARDIA	TAQUIPNEIA	ORIENTADO	
CORADO	BRADICARDIA	DISPNEIA	SONOLENTO	
DESCORADO - PÁLIDO	PRESSÃO ARTERIAL NORMAL	MV DIMINUÍDO	DESORIENTADO	
HIDRATADO	HIPERTENSÃO ARTERIAL	SIBILOS	ANSIOSO	
DESIDRATADO	HIPOTENSÃO ARTERIAL	BRONCOESPASMO	AGITADO	
ÍCTÉRICO	CHOQUE	RONCO / ESTERTORES	COMA	
ANICTÉRICO	RITMO CARDÍACO F2T	TOSSE	ISOCORIA	
CIANÓTICO	ARRÍTMICO	INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA	ANISOCORIA	
ACIANÓTICO	EXTRASSÍSTÓLES	SUDORESE	DEFICIT MOTOR	

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA		DOSE	HORA	EFEITO
INTERVALO ANESTÉSICO				
A G E N T E S	OXIGÊNIO L / MIN			
	ÓXIDO NITROSO L / MIN			
	HALOTANO			
	ISOFLURANO			
	SEVOFLURANO			
LÍQUIDOS ENDOVENOSOS				

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA
PRVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coimbra Residência 40 - Loja C
Centro - N.º 10 CEP 31.170-010
Teresopolis - RJ



SIMB	TC	FC	FP	PA
P.I.A.	40	240		240
X		220		220
ANE.		200	40	200
X	38	180		180
OP.		160		160
			30	
T.C.		140		140
★	37	120		120
F.C.		100	20	100
●		80		80
FR		36	60	60
▲			10	
SPO.		40		40
▲	35			
PA		20		20
X			3	
	34	0	0	0
ESPONTÂNEA				
ASSISTIDA				
CONTROLADA				
LEGENDA				
POSIÇÃO				

DROGAS / CONCENTRAÇÃO / VIA		DOSE	TÉCNICA ANESTÉSICA		MONITORIZAÇÃO	
A					☐ E.C.G. ☐ SPO ₂ ☐ P.I.A. ☐ P.N.I. ☐ CO ₂ ☐ AGENTES	
B						
C						
D						
E						
F						
G						
H			☐ T.O.T. Nº:	☐ T.N.T. Nº:	☐ M. LARÍNGEA Nº: ☐ M. FACIAL:	
I			INÍCIO		FIM	
J					DURAÇÃO	
K			SF:	RL:	TOTAL DE LÍQUIDOS:	
L			RS:	SG:	URINA	SANGUE
M			CH:	PL:		
N			ANESTESISTA		CIRURGIÃO	
O						
P						

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA		
HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	ANOTAÇÕES

ALTA PARA ENFERMARIA	MÉDICO / CARIMBO / ASSINATURA





ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

RELATÓRIO CIRÚRGICO

DATA: 20-07-18 ENFERMARIA/LEITO: 07-07 CLÍNICA: Ortopédica

NOME: Danilo Pinheiro

DIAGNÓSTICO: Fratura do fêmur CID:

CIRURGIA: Ortopédica Fratura do fêmur PROCEDIMENTO: ☐

CIRURGIÃO: Dr. Felipe AUXILIAR: And. Minna

ANESTESISTA: Dr. Ednardo INSTRUMENTADOR:

TÉCNICA CIRÚRGICA

paciente em MMH por ferimento aberto

fratura + pontos - rep

fratura do fêmur + pontos de
fechamento

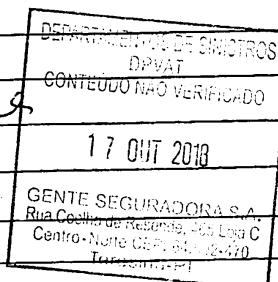
Admissão em MMH / Fratura do fêmur

higienizar

Suturar por planos

curativo

fechamento



MÉDICO / CARIMBO / ASSINATURA
DR. FELIPE VERNER PAGONCELLI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PI 4427





ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

BOLETIM DE GASTO CIRÚRGICO

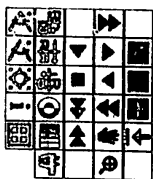
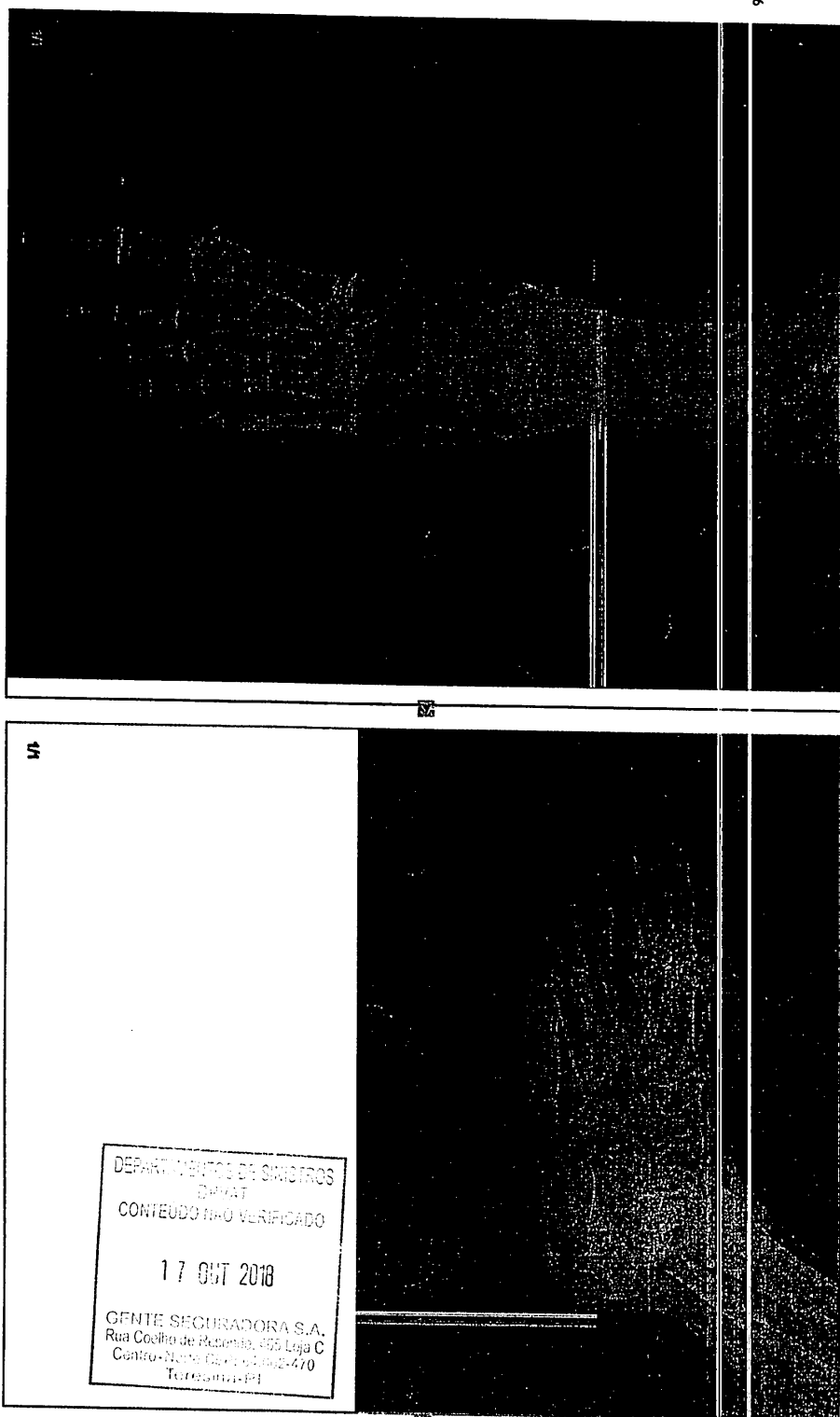
NOME: <u>Denilson Pinheiro</u>			
ENFERMIA	LEITO	CIRURGIÃO	ANESTESISTA
<u>07</u>	<u>407</u>	<u>Dr. Felipe</u>	<u>Dr. Edmundo</u>
CIRURGIÃO			
<u>Dr. Edmundo</u>			
INÍCIO	TÉRMINO	ANESTESIA	
		<u>Duquilha</u>	

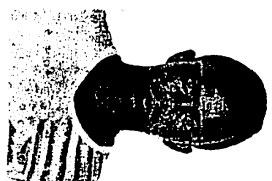
MATERIAL DE CONSUMO	UNIDADE	QUANTIDADE	MATERIAL DE CONSUMO	UNIDADE	QUANTIDADE	MATERIAL DE CONSUMO	UNIDADE	QUANTIDADE
AGULHA 13 x 4,5			ATADURA GESSADA	<u>un</u>	<u>02</u>	EFEDRINA		
AGULHA 25 x 7			MICROPORÉ			FUROSEMIDA/PROMETAZINA		
AGULHA 30 x 7	<u>un</u>	<u>01</u>	ESPARADRAPO			GLICOSE 25%		
AGULHA 30 x 8						GLICOSE 50%		
AGULHA 40 x 12			FIOS CIRÚRGICOS			GLUCONATO DE CÁLCIO		
AGULHA DE RAQUE 20G x 3			MONONYLON Nº 0			HEPARINA		
AGULHA DE RAQUE 22G x 2			MONONYLON Nº 1			NITROPRUSSATO		
AGULHA DE RAQUE 22G x 3			MONONYLON Nº 2			PROSTIGIMINE		
AGULHA DE RAQUE 25G x 3			MONONYLON Nº 3	<u>02</u>		METOCLOPRAMIDA		
AGULHA DE RAQUE 26G x 3			MONONYLON Nº 4			SUCCINILCOLINA		
AGULHA DE RAQUE 27G x 3			MONONYLON Nº 5			SULFATO DE MAGNÉSIO		
SERINGA 1 ML			MONONYLON Nº 6			METILPREDNISOLONA		
SERINGA 5 ML	<u>un</u>	<u>01</u>	MONONYLON Nº 7			DICLOFENACO		
SERINGA 10 ML	<u>un</u>	<u>01</u>	VICRYL Nº 0					
SERINGA 20 ML			VICRYL Nº 1			ANTIBIÓTICOS		
SERINGA 50 ML			VICRYL Nº 2			AMPLICILINA		
SERINGA 60 ML			VICRYL Nº 3			CEFALOTINA		
CATETER JELCO Nº 14			VICRYL Nº 4			CEFAZOLINA	<u>02</u>	
CATETER JELCO Nº 16			VICRYL Nº 5			CEFTRIAXONA		
CATETER JELCO Nº 18	<u>un</u>	<u>01</u>	VICRYL Nº 6			GENTAMICINA		
CATETER JELCO Nº 22			CAT GUT SIMPLES Nº			METRONIDAZOL		
CATETER JELCO Nº 24			CAT GUT SIMPLES Nº					
CATETER PERIDURAL			CATGUT CROMADO Nº			SOROS		
SCALP Nº 19			CATGUT CROMADO Nº			FISIOLÓGICO 250ML	<u>02</u>	
SCALP Nº 21						FISIOLÓGICO 500ML		
SCALP Nº 23			SOLUÇÕES			GLICOSADO 5% 250ML		
SCALP Nº 25			ALCOOL 70%			GLICOSADO 5% 500ML		
SCALP Nº 27			ALCOOL 90%			RINGER LACTADO 500ML		
EQUIPO INJ. LATERAL			PVPI TÓPICO	<u>un</u>	<u>100</u>	MANITOL		
EQUIPO POLIFIX 2 VIAS			PVPI DEGERMANTE	<u>un</u>	<u>100</u>	PSICOTRÓPICOS		
EQUIPO POLIFIX 4 VIAS			ALCOOL IODADO			MIDAZOLAN 15MG		
EQUIPO MACROGOTAS	<u>un</u>	<u>01</u>	ÁGUA OXIGENADA			MIDAZOLAN 50MG		
EQUIPO MICROGOTAS			VASELINA LÍQUIDA			DOMOTIDOLOSSAL		
EQUIPO DE SANGUE			FORMOL			FENTANIL FRASCO		
DRENO DE PENROSE Nº			CLOREXIDINA			FENTANIL AMPOLA		
DRENO DE SUÇÃO Nº			ANESTÉSICOS			PROPOFOL		
DRENO DE TÓRAX Nº			XYLOCAÍNA GEL			HALOTANO		
UROFIX SIST. ABERTO			XYLOCAÍNA SPRAY			ENFLURANO		
UROFIX SIST. FECHADO			XYLOCAÍNA 2% S/V			ISOFLURANO		
ELETRODOS			NEOCAÍNA PESADA			SEVOFLURANO 100MG		
LÂMINA Nº 11			NEOCAÍNA 0,5% S/V			SEVOFLURANO 250MG		
LÂMINA Nº 15			NEOCAÍNA 0,5% C/V			THIOPENTAL 1G		
LÂMINA Nº 24	<u>un</u>	<u>01</u>	BUPIVACAÍNA 5 MG			THIOPENTAL		
LUVA ESTÉRIL 6,5						NARCAN		
LUVA ESTÉRIL 7,0			MEDICAMENTOS			TAXA EQUIPAMENTO		
LUVA ESTÉRIL 7,5	<u>un</u>	<u>01</u>	ADRENALINA			BISTURI ELÉTRICO		
LUVA ESTÉRIL 8,0	<u>un</u>	<u>01</u>	AMINOFILINA			ASPIRADOR		
LUVA ESTÉRIL 8,5	<u>un</u>	<u>01</u>	ATROPINA			AR COMPRIMIDO (H)		
LUVA DE PROCEDIMENTO (PAR)			ÁGUA DESTILADA			MICROSCÓPIO		
SONDA DE FOLLEY			BUSCOPAN			RX EM SALA		
TUBO OROTRAQUEAL			CEDILANIDE			MONITOR CARDÍACO	<u>X</u>	
CÂNULA TRAQUEOSTOMIA			HIDROCORTISONA 100MG			OXÍMETRO DE PULSO		
SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº			HIDROCORTISONA 500MG			CARRO DE ANESTESIA		
SONDA GÁSTRICA Nº			KCL			OXIGÊNIO (H)		
CERA ÓSSEA			NACI 10%					
SURGICEL			NACI 20%			OUTROS		
TELA DE PROLENE			DEXAMETASONA					
ATADURA DE CREPOM Nº	<u>un</u>	<u>01</u>	DIPIRONA					
COMPRESSA	<u>un</u>	<u>01</u>	DOBUTAMINA					
COMPRESSA DE GAZES	<u>un</u>	<u>01</u>	EFORTIL					
ALGODÃO ORTOPÉDICO	<u>un</u>	<u>01</u>						

DATA: <u>30/07</u>	INSTRUMENTADOR	CIRCULANTE: <u>Denilson Pinheiro</u>
--------------------	----------------	--------------------------------------



 **DENILSON PINHEIRO**
Data do Estudo: 2018-07-16
ID do Paciente: PS 77166
ID do Estudo: 33703
Estrutura: pf F AP
Série: 1
Descrição: E AP



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
 GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"		REGISTRO GERAL 4.742.090 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/03/18	
		NOME DENILSON PINHEIRO	
ASSINATURA DO TITULAR <i>Denilson Pinheiro</i> 1477134		FILIAÇÃO RITA MARIA DA CONCEIÇÃO AGOSTINHO PINHEIRO	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		NATURALIDADE PIRIPIRI-PI DATA DE NASCIMENTO 07/01/2000	
DOC. ORIGEM CERT. NASC. 37225 L 33A F 211		EXP PIRIPIRI-PI 17/07/00	
CPF 092.929.223-51		ASSINATURA DO DIRETOR <i>Francisco das Chagas F. Martins</i>	
1477134		LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83	



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
092.929.223-51

Nome
DENILSON PINHEIRO

Nascimento
07/01/2000

VALIDO SCMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO
 Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
 às 10:19:53 do dia 12/12/2017 (hora e data de Brasília)
 dígito verificador: 00



CÓDIGO DE CONTROLE
ZDF7.B02F.FE24.13F7

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Rezende, 405 Loja C
Centro-Novo Centro-PI 64002-470
Teresina-PI





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 com 16 ou 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: **092.929.223-51** Nome completo da vítima: **DENILSON PINHEIRO**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: O BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: **DENILSON PINHEIRO** CPF titular da conta: **092.929.223-51** Profissão: **LAVADORA**
Endereço: **LC. VARQUETADORA** Número: **51** Complemento: _____
Bairro: **B. RURAL** Cidade: **PERIPATÁZ** Estado: **PIAUÍ** CEP: **64.260.000**
Email: **afsaatos.adv@hotmail.com** Telefone (DDD): _____

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)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome: **BRADESCO** NRO: _____
AGÊNCIA NRO.: **00985** D/V: _____ CONTA NRO.: **9697** D/V: _____
(Informar dígito se existir) (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.

CARLOS CAMPOS, 16 de **OUTUBRO** de **2018**

Local e Data

*** Denilson Pinheiro**
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



FRANCISCO JAVIO DE SOUSA COMERCIO - ME
RUA ACELINO RESENDE 375
Term. Net- Iso 00014644 Data 27/09/2018
Correspondente do Banco Bradesco

Proposta de Pre-abertura de Contas

Ag. Relac.: 00985 - CAMPO MAIOR
PACH : 095 - MERCADINHO DA FAMILIA

Agencia	0985-CAMPO MAIOR
Linha	00000000697-0
Sobre	DENILSON PINHEIRO
Data	27/09/2018
Totalidade DD	

Q

tipo Pessoa:	Física
tipo Conta:	Conta Corrente

Desaio ao Programa de Benefícios. N

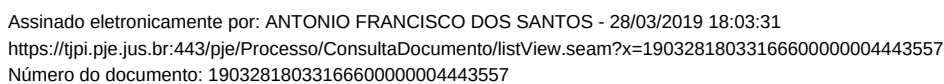
CSU BANC: 029846985685
0099 : 10:42:51

Sujeito a Confirmação do Banco

QUIDORIA BRADESCO
0800 727 9933

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
17 OUT 2019
GRUPO SCS CONSUMIDORA S.A.
Rua Góes de Azevedo, 100 Lapa C
Cidade Nova do Rio, RJ 24240-470
Tel: (21) 2611-1111

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 405 Laje C
Centro - Niterói - RJ 24090-470
Telefone: 21-2411-1111





Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.742/0001-59 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/96

Nº da Nota Fiscal 008967110

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\$)
11/2018	11/2018	70	26,36

RITA MARIA DA CONCEICAO
LC VAQUEJADOR 0 B-RURAL
CPF: 00066034280320
CEP: 64.260-000 - PIRIPIRI

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	7385	Atual:	25/07/2018
Anterior:	7315	Anterior:	26/06/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima leitura:	23/08/2018
Consumo Medido:	70	Emissão:	20/07/2018
Consumo Faturado:	70	Apresentação:	25/07/2018

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Linha	Número Medidor	Posto	Código Pat.
RESIDUÁRIO	11	11111	11	11

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/18 135	CONSUMO 30 A R\$ 0,286056 = 8,58
MAI/18 63	40 A R\$ 0,490390 = 19,61
ABR/18 55	DESCONTO INDIGENA/QUILOMBOLA 3,33
MAR/18 47	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 3,27
FEV/18 57	DIFERENÇA DE TARIFA 30,07
JAN/18 81	SUBVENCAO BAIXA RENDA 21,84
DEZ/17 80	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA 1,69
NOV/17 85	
OUT/17 100	
SET/17 96	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 30 - 0,207620	
31 A 70 - 0,355930	

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Cônego de Resende, 105 Loja C
Centro - Teresina - PI
Teresina - PI

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
MENSAGEM DE AVISO DE VENCIMENTO: A conta de energia elétrica deve ser paga até o dia 25/07/2018, sob pena de suspensão do fornecimento de energia elétrica.	
MENSAGEM DE AVISO DE VENCIMENTO: A conta de energia elétrica deve ser paga até o dia 25/07/2018, sob pena de suspensão do fornecimento de energia elétrica.	

RESERVADO AO FISCO 4B45.4B70.3DA4.0FD1.3AB3.D2AD.8DB2.A2E0

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	12,08	Base de Cálculo:	58,26
Energia:	22,96	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	3,61	Valor do ICMS:	12,81
Encargos:	3,65	Valor do PIS:	0,56
Tributos:	15,96	Valor do COFINS:	2,59

INDICADORES DE CONTINUIDADE						
Índice de Continuidade	6,03	Índice de Continuidade	12,06	Índice de Continuidade	24,12	Índice de Continuidade
Índice de Continuidade	0,00	Índice de Continuidade	0,00	Índice de Continuidade	0,00	Índice de Continuidade



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.742/0001-59 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
Nº da Nota Fiscal: 008967110	FCAM

83690000000 8 26360017000 9 00000001187 4 37520718008 0



SEQ.: 00114 UC: 1187375-2 DT.LEIT.: 25/07/2018 T.ENTR.: 01
LEITURA: 7385 NORMAL TOTAL: 26,36 CARGA: 007
DT.VENC.: 30/07/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 1341





AGESPISA - 06.845.747/0001-27

Nº Documento: 2018091660047

ESCRITÓRIO CAPITAO DE CAMPOS

MATRÍCULA 00166004.7	CLIENTE ANTONIO F DOS SANTOS	CPF/CNPJ:	VENCIMENTO 05/10/2018
INSCRIÇÃO 021.001.281.0195.000	ENDEREÇO DO IMÓVEL RUA JOSE FERNANDES, NUM. 543 - - CENTRO CAPITAO DE CAMPOS PI 64270-000	FATURA 09/2018-1	
RESPONSÁVEL	ENDEREÇO PARA ENTREGA	ÁGUA LIGADA	ESGOTO POTENCIAL
ÚLTIMOS CONSUMOS		LEITURA	
08/2018 - 24 07/2018 - 10		ANTERIOR ATUAL (M³) DIAS (M³)	
06/2018 - 13-25 05/2018 - 14-25		2289 2303 14 30 0,47	
04/2018 - 11 03/2018 - 18		29/08/2018 28/09/2018	
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR	
1	14	M 25 53013	

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR ECONOMIA	VALOR R\$
ÁGUA RESIDENCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE ÁGUA MANUTENÇÃO DE HIDROMETRO 09/2018	14 M3	46,95 1,90

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPIVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 400 Loja C
Centro-Nova Cruz - 61.002-470
Teresopolis - RJ

TOTAL R\$ 48,89

DEMONSTRATIVO DE TRIBUTOS	Base de Cálculo: 48,89
IR: 2,35	COFINS: 1,47
CSLL: 0,49	PTS/PASFP: 0,32

CASO O SEU DÉBITO TENHA SIDO PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE ESTE AVISO.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO (Decreto nº 5.440 e Portaria 518/MS)		
GERÊNCIA REGIONAL: GEN PIRIPIRI	Mês/Ano 08/2018	
REDE DE DISTRIBUIÇÃO DE ÁGUA	TURBIDEZ (UT)	CLORO
PARÂMETROS (Valores Médios)		

VIA CLIENTE	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
-------------	-----------------------

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 15/10/2018



MATRÍCULA 00166004.7	INSCRIÇÃO 021.001.281.0195.000
-------------------------	-----------------------------------

FATURA 09/2018-1	NÃO RECEBER APÓS 31/01/2019
---------------------	--------------------------------

VENCIMENTO 05/10/2018

VALOR R\$ 48,89

GRUPO: 19

FIRMA: 1

82620000000-6 48890001310-0 16600470920-9 18000010003-2

VIA AGESPISA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO FRANCISCO DOS SANTOS - 28/03/2019 18:03:31
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1903281803316660000004443557>
Número do documento: 1903281803316660000004443557

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 ANTONIO FRANCISCO DOS SANTOS inscrito (a) no CPF/CNPJ 510.220.023 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário DEANILSON PENHEIRO inscrito (a) no CPF sob o Nº 092.929.223 / 51, do sinistro de DPVAT cobertura da Vítima DEANILSON PENHEIRO inscrito (a) no CPF sob o Nº 092.929.223 / 51, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

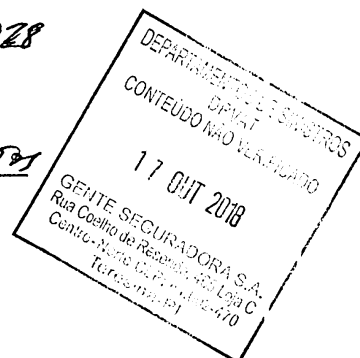
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>RUA JOSÉ FERNANDES</u>		Número <u>543</u>	Complemento
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>CARLTÃO DE CAMPOS</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>64.220.000</u>
Email <u>afsanatos.adv@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>86 99447 9578</u>

CARLTÃO DE CAMPOS, 16 de OUTUBRO de 2018
Local e Data

ANTONIO FRANCISCO DOS SANTOS
Assinatura do Declarante



DLDR.001 V001/2017





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	1.319.353
DATA DE EXPEDIÇÃO	23/09/15
NOME	ANTONIO FRANCISCO DOS SANTOS
FILIAÇÃO	TERESINHA MARIA DA CONCEIÇÃO LUIS RODRIGUES DOS SANTOS
NATURALIDADE	CAPITÃO DE CAMPOS-PI
DATA DE NASCIMENTO	08/12/1974
DOC. ORIGEM	CERT. CASAM. 39-1-01-32
CPF	EXP CAPITÃO DE CAMPOS 08/04/14
TERESINHA	10.220.013-53
ASSINATURA: ANTONIO FRANCISCO DOS SANTOS Diretor do Inst. de Ident. 'J. D. Martins'	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83	



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: DENILSON PINHEIRO

Nacionalidade: BRASILEIRO

Est. Civil: SOLTEIRO

Profissão:

Identidade: 4.742.090

CPF: 092.929.223-51

Endereço: LC. VAQUETADOR B. RURAL - PARQUEI CEP. 64.266.000

OUTORGADO:

Nome:

ANTONIO FRANCISCO DOS SANTOS

Nacionalidade: BRASILEIRO

Est. Civil: CASADO

Profissão: PROFESSOR

Identidade: 2.389.353

CPF: 510.220.013-53

Endereço: RUA JOSE FERNANDES, 543. B. CENTRO

CAPITÃO DE CAMPOS - PI

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o 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 perícia médica e solicitar reagendamento, podendo subestabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório -DPVAT para a vítima

DENILSON PINHEIRO

CAPITÃO DE CAMPOS - PI, 27.09.2018

Local e data



Denilson Pinheiro

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)

RECONHECIMENTO POR VERDADEIRA FIRMA

Denilson Pinheiro

Sim Test? 27 de 09 de 2018 da verdade

Capitão de Campos

27.09.18

Escritório Substituto

CARTÓRIO ÚNICO DE REGISTRO
DE IMÓVEL E CIVIL
Jucelino de Araújo Lopes
Escrivão Substituto
Av. Santos Dumont, 145 - Centro
Capitão de Campos - PI - P. 64.270-000

