



Sr(a). LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 17/05/2019
BO=107500.001793/2019-55

HD = FRATURA DO RADIO E

FEITO OSTEOSINTESE DE FRATURA
DO RADIO E

EF =DOR + LIMITAÇÃO FUNCIONAL
EM ANTEBRAÇO E; P+ S = 45 GRAUS

RX ANTEBRAÇO E 2P =FRAT . RADIO
E CONSOLIDADA

RELATORIO DE ALTA MEDICA DEFINITIVA
COM PERDA DE 50 % EM ANTEBRAÇO E

Dr. Edmar de S. Lima Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 2313 / CRM-PA 3454
TEC - 19744

Teresina 21 de Novembro de 2019

Dr. Edmar de S. Lima Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2313-PI

UNIDADE BARÃO
AV. BARÃO DE GURGUÉIA 3450
(86) 3221-5170

UNIDADE DIRCEU
AV. JOSÉ FRANCISCO DE
ALMEIDA NETO 2650
(86) 3236-550

UNIDADE JOQUEI
AV. AVIADOR
IRAPUÁ ROCHA
(86) 3303-7353

UNIDADE PLANALTO
AV. ZEQUINHA FREIRA 3080
(86) 3231-0001

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190652437 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA **Data do acidente:** 17/05/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: PACIENTE APRESENTA CICATRIZES EM TERÇO DISTAL DO DORSO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO COM EDEMA DE PUNHO +/4+; ADM DE PUNHO ESQUERDO: EXTENSÃO 30°; FLEXÃO 40°; DESVIO RADIAL 0; DESVIO ULNAR 10°

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO MEDIANTE PLACA E PARAFUSOS E EVOLUIU, APÓS REABILITAÇÃO, COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: a vítima tem sinistro anterior (2012283558, acidente em 31/01/2011) no qual foi indenizada (AMD em 28/06/2012) em 18,75% da IS em virtude de sequelas no mesmo segmento lesionado no acidente ora analisado (punho esquerdo). Não foi observado agravamento do quadro sequelar em relação ao indenizado anteriormente. Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190652437 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA **Data do acidente:** 17/05/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSSÍNTESE E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @RELATÓRIO PÁG. 01 // VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº 2012/283558 EM NÍVEL INTENSO PARA O PUNHO ESQUERDO.SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. //

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190652437 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA **Data do acidente:** 17/05/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSSÍNTESE E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @RELATÓRIO PÁG. 01 // VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº 2012/283558 EM NÍVEL INTENSO PARA O PUNHO ESQUERDO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. //

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO
RUA SÃO PAULO, S/N BAIRRO SÃO JUDAS TADEU UNIÃO - PI
Fone (086) 3265 1116
CNPJ: 18.488.308/0001-93
E-mail: direcao@hospital.hmu.pi@gmail.com

vermelho

FICHA DE ATENDIMENTO

CONTROLE: _____ SERVIDOR: Carla DATA: 17.05.19 HORA: 08:52

01. DADOS DO PACIENTE:

NOME: Luercio Gomeçes de Sousa DN: 17/05/67 ID: 52 SEXO: M

NOME DA MÃE: Maria Rodrigues de Sousa

CNS: _____ RG: 1140049 CONTATO: 9541467

ENDEREÇO: Rua Santo Antonio, 1508 CEP: 64120000

BAIRRO: Pera Rio Rio CIDADE: União UF: PE

FORMA DE ENCAMINHAMENTO:

☒ DEMANDA ESPONTÂNEA ☐ CENTRO DE SAÚDE ☒ SAMU ☐ PM ☐ BOMBEIRO ☐ OUTROS

02. ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

MOTIVO DA PROCURA: ☐ TRAUMA ☐ CLÍNICO ☐ PEDIÁTRIA

VITAIS/FC: _____ PA: _____ SAT. O2: _____ T: _____ DOR: _____ ECG: _____ GLICEMIA: _____ PESO: _____ ALTURA: _____

DESCRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA:

OBSERVAÇÕES:

VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

HORÁRIO: _____ ENFERMEIRO(A): _____ CONSELHO/REGISTRO: _____

03. HISTÓRIA CLÍNICA/ EXAME FÍSICO doente desorientado, com
problemas de memória e equilíbrio.

04. EXAMES COMPLEMENTARES ☐ LABORATORIAL ☒ RX ☐ US

05. DIAGNÓSTICO

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: 08.08.19
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

ANTONIA R. ☒ CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

06. PRESCRIÇÃO MÉDICA

01) Omeprazol - 40mg, 1x, 10:04

07. CONDUTA

☐ ALTA ☐ ÓBITO ☐ EVASÃO TRANSFERIDO PARA: ☐ INTERNAÇÃO ☐ OUTRA UNIDADE ☐ CENTRO DE SAÚDE

08. HORA/SAÍDA ☐ URGÊNCIA ☐ EMERGÊNCIA ☐ NÃO URGÊNCIA

MÉDICO/CRM:

ENFERMEIRO(A)/COREN:

PACIENTE:

Dr. Carlos E. S. Melo
CRM: 12345

MÉDICO
CRM:

ENFERMEIRO(A)
COREN:

Alminda Emillyn Gonçalves Sousa



DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o paciente, **Lucídio Gonçalves de Sousa**, deu entrada neste hospital no dia 17 de maio de 2019, às 08h52min, vítima de acidente motocicleta, o mesmo chegou ao hospital socorrido na ambulância do SAMU.

União (PI), 08 de agosto de 2019.

Antônia Raimunda Viana da Silva
Antonia Raimunda Viana da Silva
Servidora do HMU.

HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO
Dr. Jose da Rocha Furtado
CNPJ: 18.488.308/0001-93
Rua São Paulo, S/N - Bairro São Judas Tadeu.
CEP - 64.120.000 - União - PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
10 SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470



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



Confere com o(a) original que
foi apresentado(a) e dou fé.

Em 31/07/19

Setor do Arquivo Técnico do HPMP

Luiz Henrique Vasconcelos, 1º TEN. PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPMP
RG: 105198193-2 Matr. 14405-9

NOME DO PACIENTE:

Meidito Gonçalves de Sousa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

479799/19

Obs: Não fornecemos 2ª via.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Cel. De Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

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

Saúde
Secretaria de Estado

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 206517
FORMA DE ENTRADA: ESTADUAL		AII: 2219100374007

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRCEL ARCOVERDE - HPM	CNES 7333451
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRCEL ARCOVERDE - HPM	CNES 7333451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
CARTÃO SUS 801410476151910	NOME DO PACIENTE LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA	17/03/1967	M	479799
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
	86995711367	MARIA RODRIGUES DE SOUSA	AMANDA EMILLYN GONCALVES SOUSA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO	NUMERO / LOTE		
61170977	RUA SANTO ANTONIO	1508		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICIPIO	UF	
BEIRA RIO		UNIAO	PI	

LAUDO TECNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS
 PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HA 01 DIA.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
 AS ACTMAS CULADAS

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
 RX DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO
 COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
 010803031 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO DA ULNA

Luis Henrique Gomes Celso Reis 1º TEN PM
 ROPM 10-11-13-2º Mai 14405-9
 Chefe do Setor de Arquivo Técnico

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRA/UMATOLOGIA (MASCULINO)		PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) ALEJOMAR VERAS VIANA CPF: 53914057353 CRM	
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 17/05/2019		
DATA ADMISSÃO 17/05/2019 21:45	DATA ALTA 31/05/2019 09:00	MOTIVO ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)							
TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) TANIA MOREIRA AREA LEAD CPF: 1861159012 CRM	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER AUDITORIA CPF	DATA ANALISE: 21/05/2019 11:36:30	CRM
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------	-----------------------------------	-----

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
 10 SET 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002470



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

206517

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

3 - Nome do estabelecimento executante:
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

2 - CNES
2323451

4 - CNES
2323451

Atendimento
976405

Identificação do Paciente

5 - Nome: **LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA**

7 - CNS: **801440426154946**

8 - Nascimento: **17/03/1967**

9 - Sexo: **M**

6 - Prontuário: **479799**

11 - Mãe: **MARIA RODRIGUES DE SOUSA**

12 - Fone: **86-9.95711467 / 995319024**

13 - Resp: **AMANDA EMILLYN GONCALVES SOUSA**

14 - Cor: **PARDA**

15 - Ender.: **RUA SANTO ANTONIO**

16 - Munic: **UNIAO**

17 - Cod. IBGE: **221110**

18 - UF: **PI**

19 - CEP: **64120-972**

RG: **11100-19**

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Justificativa da Internação

*Queda com trauma
no ponto*

21 - Condições que justificam a Internação:

Doi

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

Rx

23 - Diagnostico Inicial:

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

24 - Cid Princ.: **S525**

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C.Ass.: _____

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. **0408020440**

27 - Procedimento Solicitado: **TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESÃO FISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO**

29 - Clínica: **POSTO II**

30 - Carater.: **02**

Ident.: **1**

31 - Documento: **CPF**

32 Doc. Med. Solic.: **16778699841**

33 - Nome Profissional / Assistente
LEANDRO PONCE LEAL

34 - Data de Solicitação:
17/05/2019

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

38 - () Acidente de Trabalho Trajeto.

39 - CNPJ Seguradora:

40 - CNPJ Empresa:

41 - Série

42 - Nº. Bilhete.

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

45 - Vinculo com a Previdência. () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

48 - Documento

49 - Num. Documento

47 - Data Autorização

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

GENTE SEGURADORA

Rua Coelho de Resende, 455 - 1012
Centro - Norte CEP: 64.002470

ROMARIO SANTOS

21-28-46

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Amanda Emillyn Gonçalves Sousa

Tempo SUS
Dr. Alciomar Vellas Viagem
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM 10524 TEOT-10452

Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL

SIM ☐ NÃO ☐

IDEM OUTROS HOSPITAIS

SIM ☐ NÃO ☐

CLÍNICA

Médico Assistente

Permanência

CLÍNICA

FICHA DE PRONTUÁRIO

Nome: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

17/05/2019

Nasc.: 17/03/1967 Sexo: M

Convênio: SUS - INTERNACAO

Pront.: 479799

Atendimento: 976405

Enfermaria: POSTO II

ENF 204 LEITO

Leito: 204

Pai: JOSE GONCALVES SILVA

Mãe: MARIA RODRIGUES DE SOUSA

RG: 1110019

Residência:

RUA SANTO ANTONIO

Nr.: 1508

Cep: 64120972

Bairro: BEIRA RIO

Cidade: UNIAO

Telefone: 86 - 995711467

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

*Queda com trauma
no antebraço*

DIAGNÓSTICO

Provisório: *FT DE ROTO*

Principal: *osteomielite radio*

CID S525

Procedimento:

CID

Sintomas e Sinais Principais

Do

Causa Médica

Histo - Patológico:

Luis Henrique Pinheiro Reis 1º TEN PM
RQPM 1515313-2º Mai 14495-9
Coelho da Silva do Arquivo Técnico

TRATAMENTO

Tipo:

Terapêutica Médica

Operação

Eficácia

- ☐ Nenhuma
☐ Médico
☐ Cirurgia
☐ Médico Cirurgico

- ☐ Nenhuma
☐ Médico
☐ Cirurgia
☐ Médico Cirurgico

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação
17/05/2019 21:34:18

Data da Alta:
31/05/2019

Data da Hospitalização

ALTA

Saída

Transferência

Óbito

- ☐ Curado
☐ Melhorado
☐ Inalterado
☐ A Pedido
☐ Internação p/ Diagnóstico
- ☐ Divisão Médica
☐ Por Indisciplina
☐ Evasão
☐ P. Ambulatório

- ☐ Fisiologia
☐ Psiquiatria
☐ Outros

- ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico

THE / /

Assinatura:

Dr. Alciomar Vercas Vianna

10 SET. 2019

"Humanizando e Cuidando Bem"
Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520
CEP.: 64014-090 - Teresina - PI. CNPJ.: 07.444.159/0002-25 - CMC. 035.372-8

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64 002470



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



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 30 / 03 / 2019
Nº DO PRONTUÁRIO: 47799 SALA: 07
CÓD DA CIRURGIA:

Descrição da Cirurgia:

- ① Pt em son no bloqio
- ② Incisão no antebraço e
- ③ - Retirado Placa
- ④ - Redução da ft antebraço
- ⑤ - Sinter com placa e parafusos
- ⑥ - Sutura

Luz Henrique de Almeida Reis 1º TEN PM
RPM 105158113-2º Mai 14485-9
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

Dr. Alciomar Viana
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM: 2631 / TEF 10462

Cirurgia: Osteotomia do olecrânio
Cirurgião: Alciomar Viana
1º Auxiliar: -
2º Auxiliar: -
3º Auxiliar: -
Instrumentador: Kely
Circulante: Inez
Inez Mª M.A Xavier
Coren/283377-Te

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



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



BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 30/05/19
Nº DO PRONTUÁRIO 991791 SALA 07
CÓD DA CIRURGIA:

NOME: Valdivino de S. Pires Neto Idade 52a Sexo M ASA I
PROCEDIMENTO: Exatoma Apt/Ent e Leto: 204-03
CIRURGIA: Exatoma ANEST: Valdivino ANESTESIA: Propofol + Sedação
INSTR: Exatoma CIRC.: Exatoma INICIO: 14:30 FIM: 15:30 SALA: 07
P.A. F.C. PESO: Hto Glicemia Creatina Respir:

ALERTA NÁLATORIO		OXIGENIO										SEQUÊNCIA					
		1															
		2															
RESPOSTA VOLUNTARIA																	
		SaO ₂ (%)														10 Manos/- 15ml	
		E.C.G.														X 12/- 15ml	
		EtCO ₂ (mmHg)														+ H2O det 10ml	
MONITORIZAÇÃO																10 Cerebral - 15	
																10 Tidal - 15	
																10 Ocular - 15	
																10 Renal - 15	
																10 Urinary - 15	
		X início e fim da anestesia V.A. L. P.A. MÉDIA														14:10 15:30 Katal	
		- Presidência GARDACA A.P.A. DIABÉTICA														15:30 16:00	
		TEMPERATURA														16:00 16:30	
		DIURESE (ml)														16:30 17:00	

Técnica Anestésica:

Comentários Adicionais:

Bloqueio do plexo braquial + Sedação

Uma hora antecirurgia

MONITORIZAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> ECG	<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro
	<input type="checkbox"/> PAM	<input type="checkbox"/> Capnógrafo
	<input checked="" type="checkbox"/> PANI	<input type="checkbox"/> PVC
Gases		Tempo
Oxigênio (l)	07	15:30
N ₂ O (l)		
Ar Medico (l)		

Medicamentos Utilizados

Adrenalina _____ Amp
Água dest. 10ml 04 Amp
Atropina _____ Amp
Bextra _____ Amp
Bromoprida _____ Amp
Cefazolina 1g 02 Fr
Cefotolona _____ Fr
Ciprofloxacina _____ Fr
Clonidin 01 Fr
Colóide () _____ Fr
Dexametazona 01 Amp
Diazepam _____ Amp
Dimorf _____ mg Amp
Dipirona _____ Amp

Dolapina _____ Amp
Droperidol _____ Amp
Etoril _____ Amp
Etidim _____ Amp
Enflurano _____ ml
Fentanil 02 100ug ml
Fentanil (S/C) _____ Amp
Hiotano _____ ml
Hidrocortisona _____ ml
Isoflurano _____ ml
Jelco n° _____ Und
Lidocaina 2 15ml Fr
Melaclorpramida _____ Amp
Manitol _____ Fr

Midazolam 01 Fr 10mg
Metronidazol _____ Fr
Neocaina Psa 0.5% 01 Amp
Narcen _____ Amp
Novabupi 0.5% _____ Fr
Nubain _____ Amp
Neocaina 2 15ml Fr
Neocaina 0.5% isobar _____ Amp
Neostigmina _____ Amp
Omeprazol _____ Fr
Ondasetrona 01 Amp
Polio Cel _____ Fr
Pancurônio _____ Amp
Pentelid _____ Fr

Propofol _____ ml Amp
Ranitidina 01 Amp
Quelicin _____ Amp
Quetamina 01 100mg Fr
Remifentanil _____ Fr
Ringer-lactado _____ Fr
S. Fisilog. 0.9% 02 Fr
S. Glicosado 5% _____ Fr
Scalp n° _____ Und
Tracur _____ Amp
Tilatil 01 Fr
Tiopental _____ Fr
Anestesiologista-CRM

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Valdivino de S. Pires Neto
Anestesiologista
CRM- 1060

Valdivino
Coordenador de
ANESTESISTAS



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

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA 12/05/19 HORA: _____ Nº DO TELEFONE: _____
HOSPITAL SOLICITANTE _____ MUNICÍPIO _____
MÉDICO: _____ CRM: _____

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

Obstétrica ☐ Trauma ☒ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Pediatria ☐ Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Murilo Braz Idade: _____ anos Sexo: ☐ Masculino ☒ Feminino
Data de Nascimento: _____ Cartão Nacional de Saúde: _____
CPF: _____

Município de Procedência: _____

ADA Plano de tratamento com dieta com leite em pó e arroz branco, com dieta complementar e platinado no mesmo local (Fórmula prescrita em 2014) e dieta complementar este mesmo.
Fotos do caso e no número: 98524763 CID: _____

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

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

RESPOSTA VERBAL

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

RESPOSTA MOTORA

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

SINAIS VITAIS

Temperatura: _____ °C Pulso: _____ bpm R: 20 mm PA: 120 mmHg Sat O₂: 99 Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

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

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Assinatura e carimbo do Médico

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HPM (Hospital de Patrimônio Municipal)

Clinica: _____

Senha: 201403



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



RISCO CIRÚRGICO CLÍNICO E CARDIOLÓGICO

204-3

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME Juciano Gomes de Sá IDADE: 52 SEXO M () F () DATA: 20/5/19

2. CIRURGIA PROPOSTA:

3. REVISÃO/ANTECEDENTES (S/N)

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

4. EXAME FÍSICO - IMPRESSÃO GERAL

- a) ESTADO GERAL: 1. Bom () 2. Regular () 3. Precário () 4. Dispneico () 5. Ictérico () 6. Cianótico ()
b) Aparelho respiratório - Expansibilidade: normal MV: normal FTV: normal
Ruídos Advercticos: SIM () NÃO ()
c) Aparelho circulatório: PA 130 x 80 mmHg Pulsos: 110 FC: 70
Inspeção e palpação: normal Ausculta RC: normal Bulhas: normal
d) Abdômen-Pelve: normal

5. ÍNDICE DE REFERÊNCIA

a) ÍNDICE DE RISCO CARDÍACO (DETSKY, 1986)

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 10 Infarto agudo do miocárdio nos últimos 6m | 5 Edema pulmonar no passado |
| 5 Infarto agudo do miocárdio há mais de 6m | 20 Estenose aórtica crítica |
| 10 Angina classe III (CSS*), limitação importante às atividades físicas diárias | 5 ECG recente c/ ritmo não-sinusal ou extra-sístole atrial |
| 20 Angina classe IV (CCS), angina nos mínimos esforços ou repouso | 5 Estado geral precário |
| 10 Angina instável nos últimos 6m | 5 Idade > 70 anos |
| 10 Edema pulmonar na última semana | 10 Cirurgia de emergência |
| < 15 pts: Baixo risco de complicações | |
| > 15 pts: Alto risco de complicações | |

*CCS: Canadian Cardiovascular Society

CONCLUSÃO:

a) NEW YORK HEART ASSOCIATION (NYHA)

- CLASSE I - Ind. com dça. cardíaca sem limitação da atividade física
CLASSE II - Ind. com dça. cardíaca com pequena limitação da atividade física
CLASSE III - Ind. com dça. cardíaca com importante limitação da ativ. física
CLASSE IV - Ind. com dça. cardíaca e incapaz de fazer atividade física
CONCLUSÃO:

c) AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGY (ASA)

- ASA I - índice saudável
ASA II - índice com dça. sistêmica discreta
ASA III - índice com dça. sistêmica grave/imp. da ativ./não incapacitante
ASA IV - Moribundo; sem esperança de sobrevivência p/24h c/ ou s/ cirurgia
CONCLUSÃO:

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

1. HISTÓRIA (a). Ind. +70 anos (5pt) (b) IAM prévio (10pt)
2. EX.FÍSICO (a) Galope ou estase jugular (11pt) (b) Estenose imp (3pt)
3. ECG (a) Ritmo não-sinusal/ BAP (7pt) (b) BVP + Smin (7pt)
4. ESTADO GERAL: PaO2 < 60 / PaCO2 > 50 / K < 3 / Creatin > 3 / TGO/TGP Anormal
Insuf. Hepática / Ind. Acamado
IND.: GRUPO I (0-5 pt) compl. não fatal 0.7% fatal 0.2%
GRUPO II (6-12 pt) 5% 2%
GRUPO III (13-25pt) 11% 2%
GRUPO IV (+12 pt) 22% 56%

CONCLUSÃO:

Ass. e carimbo Médico:

EXAMES

1. Ht/Hb/Plaql. 38/11.8/285
2. Leuco/Bt/Seg: 510/84
3. Glicose: 173
4. Ur/Cr: 506-7
5. TS/TC: 2/4
6. TGO/TGP: normal
7. Trofo/CKmb: normal
8. ECG: normal
9. Urina-I: normal
10. ECO 2D: normal
11. U.Som: normal
12. RX Tórax: normal
13. TC/RNM: normal

Lup Henque - Rua dos Reis 1º TEN PM
RCPM 107/1981 10-2º Max 14405-9
Diário do Sítio de Análise Técnica

Dr. Francisco Lima
CARDIOLOGO
CLINICA ME
CRM-PI 2101
1715
282

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

Hospital Dirceu Arcoverde da Polícia Militar do Piauí - HPMP

GENE SEGURADORA S.A.
Rua Colombo de Resende 455 Loja C
Fone: (85) 3216 1500
CNPJ: 07.244.740/0001-00

**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE****"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"****Nº ORDEM.....: 152152****NOME.....: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA****MÉDICO SOLIC: ALCIOMAR VERAS VIANA****DATA LAUDO...: 03/06/2019****CONVÊNIO: INTERNO****DATA REALIZ: 31/05/2019****IDADE: 52 anos****CRM: 2631-PI****CÓDIGO: 45967****RX ANTEBRAÇO ESQUERDO**

O estudo radiológico do antebraço, realizado incidência ântero-posterior e lateral, demonstra:

- Presença de fratura no terço médio do rádio fixada com placa e parafusos metálicos.

± Túneis ósseos na diáfise do rádio de provável fixação prévia.

- Presença de pequeno fragmento ósseo em partes moles no nível supracitado.

- Aumento de partes moles.

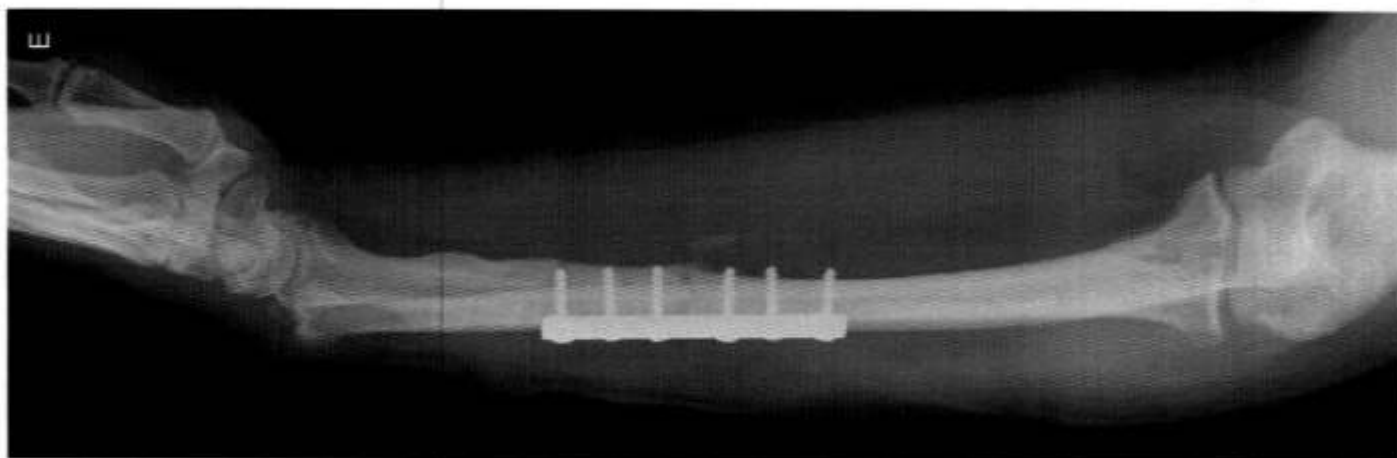
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**Controle pós operatório.**


Lucio Henrique Fontenele Gomes Res. 1º TEN PM
R/CPM 107198773-2º Mai. 1445G-9
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

IVAN FONTENELE GOMES
CRM 2426-PI
CRM

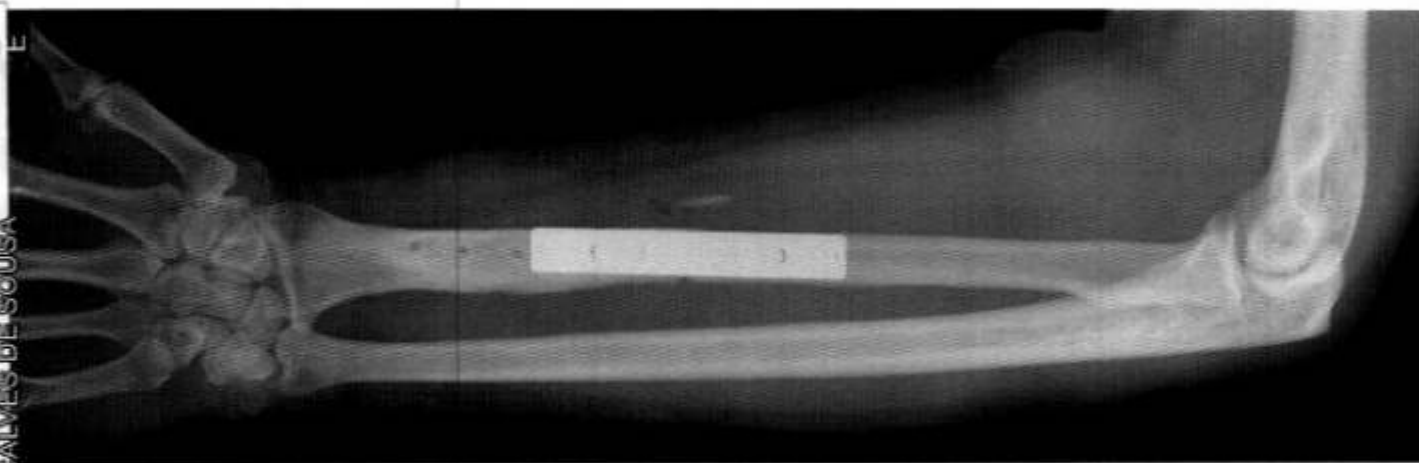
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
10 SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

HPM




 Luis Henrique Viana de Resende 1º TEN PM
 RG/PM: 10713811-2º Mai. 14435-9
 Cel. J. S. de Arquivo Técnico

ID: INT.01. 31/03/19
 Paciente: LUCIO GONCALVES DE SOUSA
 Idade: 062Y
 Sexo: M



DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NAO VERIFICADO 1 0 SET. 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

Hora: 07:29
 Exam: 31/03/2019



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 150336
PACIENTE: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA
NOME DA MÃE: MARIA RODRIGUES DE SOUSA
DATA DO NASCIMENTO: 17/03/1967
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 17/05/2019
DATA DO LAUDO: 22/05/2019
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Fratura completa desalinhada na diáfise média do rádio.
Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.
Placa e parafusos metálicos na diáfise distal do rádio.
Fratura-avulsão no processo estilóide da ulna.
Redução difusa da densidade mineral óssea.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura completa desalinhada na diáfise média do rádio.
Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.
Placa e parafusos metálicos na diáfise distal do rádio.
Fratura-avulsão no processo estilóide da ulna.
Redução difusa da densidade mineral óssea.

*Correlacionar com dados clínicos.

Las Heras, 17 de Maio de 2019
FC/PM 105/10/11/13-2; Mag. 14493-9
Código de Arquivo Técnico

Nayra Virginia S. Costa
CRM-PI 3326

NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA
CRM: 3326

Av. Higino Cunha, 1642 - Ilhotas - Teresina/PI
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3216-1520
Fax (86) 3216-1520

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
10 SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

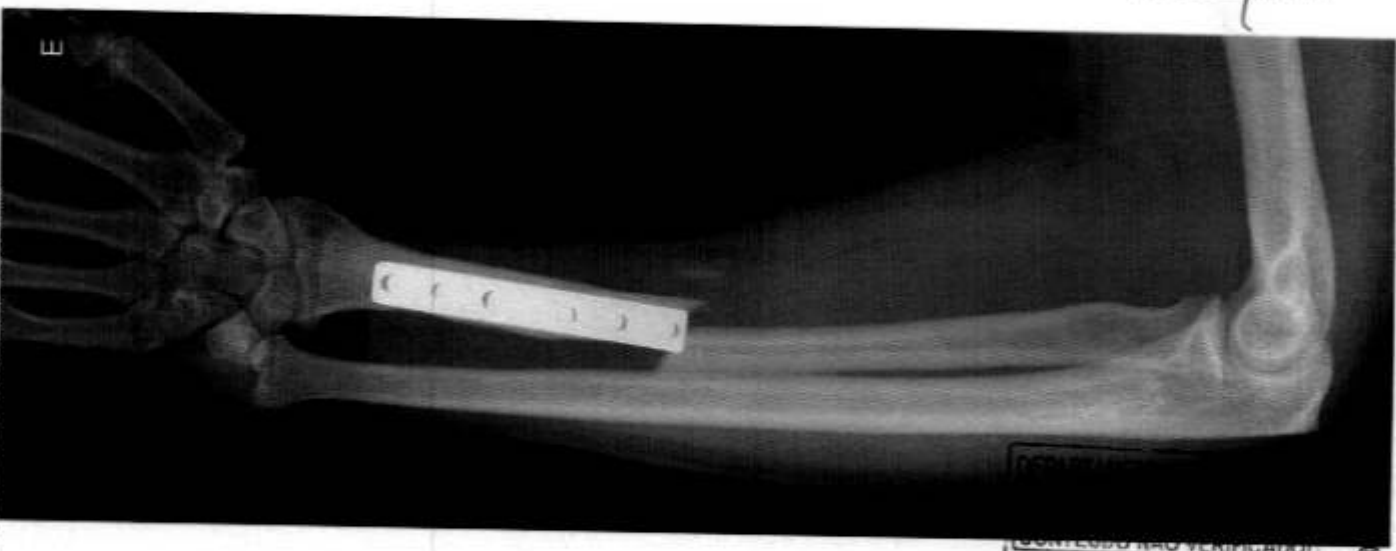
ID: 180836

Paciente: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

Idade: 052Y

Sexo: M

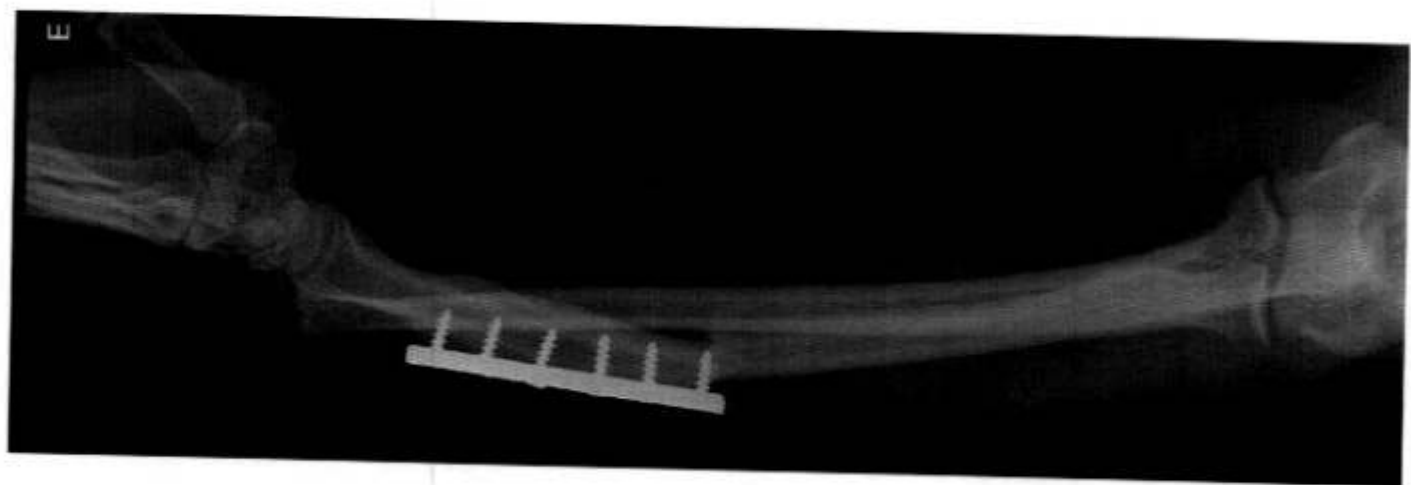
HPM



Luis Henrique Pereira da Silva - R. 14-TEX P.14
R. 14-TEX P.14 - R. 14-TEX P.14
Cidade: São Paulo - SP

10 SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Nota: 08305
Exame: 180836-2019





POLICIA MILITAR DO PIAUI
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

NOME: **LUCIDIO GONSALVES DE SOUSA**
MÉDICO
CONVÊNIO: SUS

IDADE: 52 ANOS

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LABTEST

ERITROGRAMA

VALORES ENCONTRADOS

VALORES DE REFERENCIA:

Hemácias em milhões/mm³
Hemoglobina em g/dl
Hematócrito em %

4,20

11,8

38,0

HOMEM

4,5 - 6,5

13,5 - 18,0

40,0 - 54,0

MULHER

3,9 - 5,8

11,5 - 16,4

36,0 - 47,0

OBSERVAÇÕES: Hemácias normocíticas e normocrômicas.

LEUCOGRAMA

VALOR ENCONTRADO

REFERENCIAL

Leucócitos por mm³

5.600

4.000

10.000

Bastões
Segmentados
Eosinófilos
Basófilos
Linfócitos
Monócitos
Metamielócitos
Mielócitos

%

REFERENCIAL

ABSOLUTO

REFERENCIAL

0

3

5

74

50

66

1

2

4

0

0

1

24

20

30

1

4

8

0

0

1

0

0

0

120

500

2000

6600

80

400

0

100

800

3000

160

800

0

0

100

0

0

0

OBSERVAÇÕES:

PLAQUETAS

285.000 mm³

100.000/mm³ - 400.000/mm³

Obs: Plaquetas contadas eletronicamente por impedância elétrica.

OBSERVAÇÕES: Plaquetas Morfologicamente normais e bem distribuidas

Luis Henrique V. G. Mendes, 09/05/2019, 14:45:09
REC-PM 10513-11-2019-2/ Mai 14495-9
(Assinatura e Selo do Arquivo Técnico)

TERESINA, 19 DE MAIO DE 2019

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
CAP. QOPM - FARMAC. BIOQUIMICO
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF - PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

"HUMANIZANDO E CUIDANDO BEM DA SUA SAÚDE"
Av. Higino Cunha 1642 - Ilhotas - Fone (86) 3216-1256 Fax (86) 3216-1520
CEP. 64.014-090 - Teresina-PI - C.N.P.J. 07.444.159/0002-25 - C.M.C. 035.372-8

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



POLICIA MILITAR DO PIAUI

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

NOME **LUCIDIO GONSALVES DE SOUSA**IDADE : **52 ANOS**

MEDICO

CONVENIO: **SUS**

COAGULOGRAMA

RESULTADO

TEMPO DE SANGRAMENTO:

02 min. 00 seg.

REFERENCIAL:

Até 3 minutos

TEMPO DE COAGULAÇÃO:

08 min. 00 seg.

De 5 min. Até 10 min.

PROVA DO LAÇO:

NEGATIVO

Negativa

RETRAÇÃO DO COÁGULO:

TOTAL

Normal

OBSERVAÇÃO:

GLICOSE

92 mg/dl

70 - 99 mg/dl

UREIA

30 mg/dl

15 - 40 mg/dl

CREATININA

0,8 mg/dl

0,4 - 1,4 mg/dl

Luc. Henrique e Luc. Nelson Reis - TEN PM
RCPM 105.1081 13-21 Mai 14493-9
Cale. 21 Sítio do Arquivo Técnico

TERESINA, 19 DE MAIO DE 2019

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO

CAP. QOPMS - FARMAC. BIOQUÍMICO
CRF / PI 245RAU LINO F. FERREIRA
BIOQUÍMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA

Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

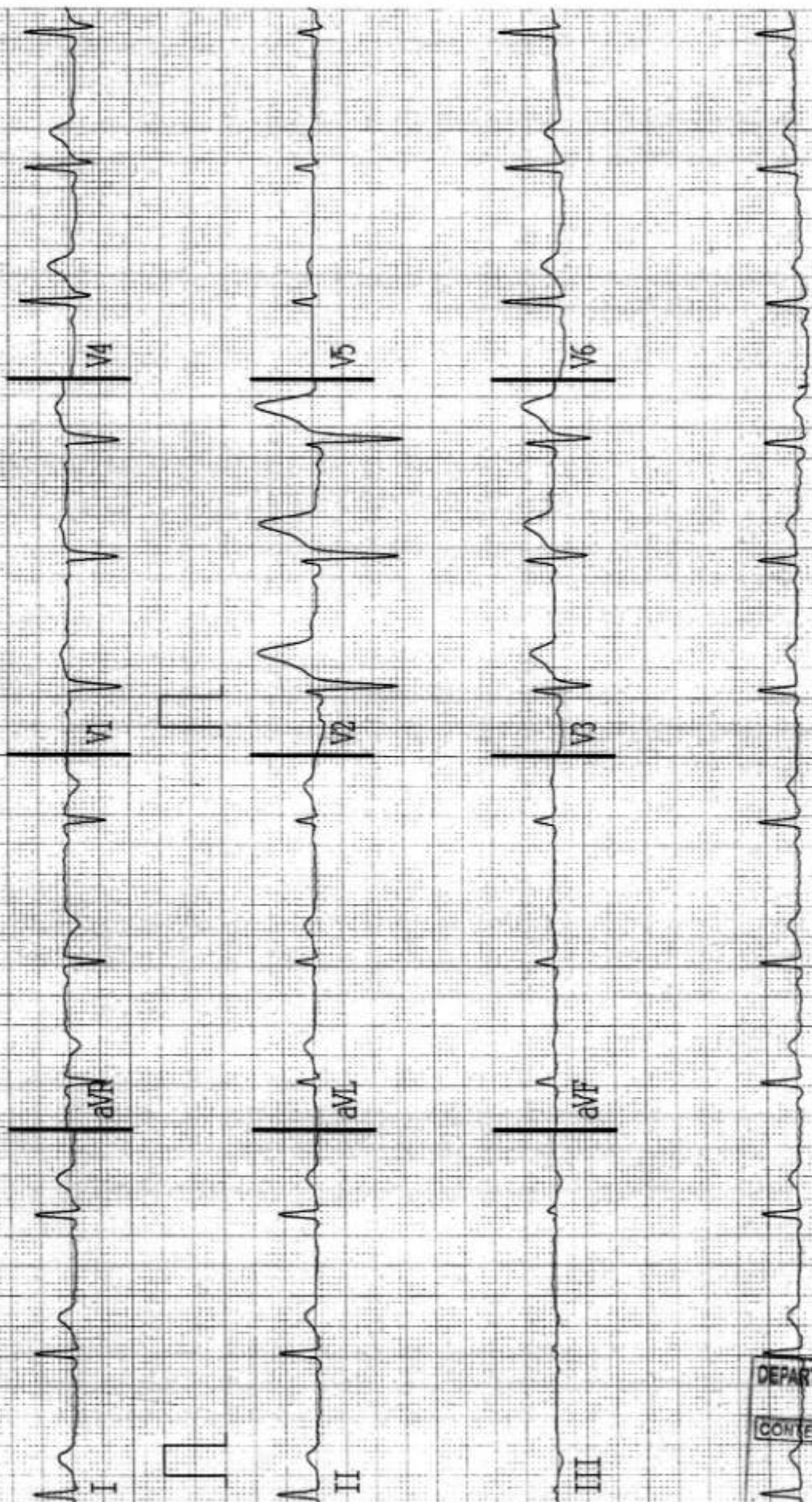
Av. Higino Cunha 1642 - Fone (86) 3216-1240 - Fax (86) 3216-1245
CEP: 64014 - 090 - Teresina-PI. CNPJ: 07.444.159/0002-25 - CMC: 035.372-8

PACIENTE: LUCIDIO GONÇALVES DE SOUSA
DATA NASCIMENTO: 17/07/1967
MÉDICO SOLICITANTE: DRª. DARCI

Normal Axis
[Normal ECG]
*** Comment ***

QRS dur.: 102 ms
QT/QTc: 382/400 ms
P-R-T axes: 20-35-9

Age: 52 yrs. Sex: M
H: 0cm W: 0kg



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Lucidio Gonçalves de Sousa Reg 1º TEN PM
RGPM-107056110-20/Mul 14495-9
Cadastrado no Registro Técnico

All Channels 10mm/mV 25.0mm/sec.
BMS Plus - EKG Viewer
Bionet Co. Ltd.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Lucidio Gonçalves de Sousa
0924630

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.110.019 DATA DE EXPEDIÇÃO 24/08/10

NOME LUCIDIO GONÇALVES DE SOUSA

FILIAÇÃO MARIA, RODRIGUES DE SOUSA
JOSÉ GONÇALVES SILVA

NATURALIDADE UNIÃO-PI DATA 17/03/1967

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 17502 L 38 F 274
EXP UNIÃO-PI 17/03/67

CPF 169.951.488-78

0924630

ASSINATURA DO DIRETOR
MARCUS ANTONIO PINHEIRO DE VASCONCELOS

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

<div>  </div> <div> REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO </div> <div>  </div>		
<div> VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1654606003 </div>	<div>  </div>	<div> NOME RAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO </div>
		<div> DOC. IDENTIDADE (CPF EMISSOR) 2922535 SSP PI </div>
		<div> CPF 038.077.223-00 </div> <div> DATA NASCIMENTO 12/03/1991 </div>
		<div> PLACAO HENRIQUE ALEXANDRINO DE CASTRO JANETE MARIA DA SILVA </div>
		<div> PERMISSÃO  </div> <div> ACC  </div> <div> CAT. HAB. AS </div>
	<div> Nº REGISTRO 05620838968 </div>	<div> VALIDADEZ 18/07/2023 </div>
		<div> 1ª HABILITAÇÃO 18/10/2012 </div>
<div> PROIBIDO PLASTIFICAR 1654606003 </div>	<div> OBSERVAÇÕES A </div> <div>  </div>	
	<div> ASSINATURA DO PORTADOR </div>	
	<div> LOCAL TERESINA, PI </div>	<div> DATA DE EMISSÃO 20/08/2018 </div>
	<div>  </div> <div> ASSINATURA DO EMISSOR </div>	
	<div>  </div>	<div> 82414894055 PI320640224 </div>

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Lucidio Gonçalves de Sousa
0924630

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.110.019 DATA DE EXPEDIÇÃO 24/08/10

NOME LUCIDIO GONÇALVES DE SOUSA

FILIAÇÃO MARIA, RODRIGUES DE SOUSA
JOSÉ GONÇALVES SILVA

NATURALIDADE UNIÃO-PI DATA 17/03/1967

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 17502 L 38 F 274
EXP UNIÃO-PI 17/03/67

CPF 169.951.488-78

0924630

ASSINATURA DO DIRETOR
MARCUS ANTONIO PINHEIRO DE VASCONCELOS

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1654606003

NOME
MATCON JACKSON SILVA DE CASTRO

DOC. IDENTIDADE (ORG. EMISSOR) 2922535 SSP PI

CPF 038.077.223-00 DATA NASCIMENTO 12/03/1991

PERMISSÃO
HENRIQUE ALEXANDRINO DE CASTRO
JANETE MARIA DA SILVA

PERMISSÃO ☐ ACP ☐ CAT. 198 ☐ AS

Nº REGISTRO 05620838968 VALIDADE 18/07/2023 PRABEITACÃO 18/10/2012

OBSERVAÇÕES
A

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL TERESINA, PI DATA DE EMISSÃO 20/08/2018

ASSINATURA DO EMISSOR

82414894055
PI320640224

PIAUI

PROIBIDO PLASTIFICAR
1654606003


DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
10 SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

TROS
ADO

9108 / 135

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0313615/19

Vítima: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

CPF: 169.951.488-78

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/05/2019

Titular do CPF: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO : 038.077.223-00

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

LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA : 169.951.488-78

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: 10/09/2019
Nome: MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO
CPF: 038.077.223-00


MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411514/19

Vítima: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

CPF: 169.951.488-78

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/05/2019

Titular do CPF: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO : 038.077.223-00

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

LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA : 169.951.488-78

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/11/2019
Nome: MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO
CPF: 038.077.223-00

MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/11/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190652437 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA **Data do acidente:** 17/05/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: PACIENTE APRESENTA CICATRIZES EM TERÇO DISTAL DO DORSO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO COM EDEMA DE PUNHO +/4+; ADM DE PUNHO ESQUERDO: EXTENSÃO 30º; FLEXÃO 40º; DESVIO RADIAL 0; DESVIO ULNAR 10º

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO MEDIANTE PLACA E PARAFUSOS E EVOLUIU, APÓS REABILITAÇÃO, COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: a vítima tem sinistro anterior (2012283558, acidente em 31/01/2011) no qual foi indenizada (AMD em 28/06/2012) em 18,75% da IS em virtude de sequelas no mesmo segmento lesionado no acidente ora analisado (punho esquerdo). Não foi observado agravamento do quadro sequelar em relação ao indenizado anteriormente. Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL "AD NEGOTIA"

OUTORGANTE	LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	UNIÃO - PI
Estado Civil	CASADO	RG nº	1.110.019
Profissão	RECUSO	CPF nº	169.951.488-78
Endereço	R. SANTO ANTONIO 1508 1524		
Bairro	BEIRA RIO	CEP	64120000
Município/UF	UNIÃO - PI ..		

OUTORGADOS: **MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, autônomo, portador do RG nº 2.922.535 e CPF nº 038.077.223-00, residente e domiciliado na Localidade São Felipe, zona rural, União – PI.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de mandato a parte que assina, denominada outorgante, nomeia e constitui como procurador o outorgado acima qualificado, a quem outorga os poderes para o foro geral, podendo os referido procurador em qualquer empresa, instituição ou órgãos públicos, nas esferas administrativas da União, Estados e Municípios e suas Empresas públicas, Autarquias e fundações, para que lhe represente e pratique todos os atos necessário para o bom e fiel cumprimento deste instrumento, especificamente para: DAR ENTRADA E ACOMPANHAR PROCESSO ADMINISTRATIVO DE SEGURO DPVAT JUNTO À SEGURADORA LÍDER, REFERENTE AO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ – ACIDENTE OCORRIDO EM 17/05/2019.

CARTÓRIO DE UNIÃO
Registro Civil e Notas

Rua Antônio Lobato, 850 - Centro - União - PI
Tel / Cel: (86) 99493-9833 - CNPJ: 32.270.112/0001-02
Tabela: Lucinete Oliveira Vianna

UNIÃO - PI, 09 de Setembro de 2019

Lucidio Gonçalves de Sousa
OUTORGANTE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 Set. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

RBS 51436

RECONHECIMENTO
de Assinatura
de
Lucinete Oliveira Vianna
Cartório de União

PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL "AD NEGOTIA"

OUTORGANTE	LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	UNIÃO - PI
Estado Civil	CASADO	RG nº	1.110.019
Profissão	RECUSO	CPF nº	169.951.488-78
Endereço	R. SANTO ANTONIO 1508 1524		
Bairro	BEIRA RIO	CEP	64120000
Município/UF	UNIÃO - PI ..		

OUTORGADOS: **MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, autônomo, portador do RG nº 2.922.535 e CPF nº 038.077.223-00, residente e domiciliado na Localidade São Felipe, zona rural, União – PI.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de mandato a parte que assina, denominada outorgante, nomeia e constitui como procurador o outorgado acima qualificado, a quem outorga os poderes para o foro geral, podendo os referido procurador em qualquer empresa, instituição ou órgãos públicos, nas esferas administrativas da União, Estados e Municípios e suas Empresas públicas, Autarquias e fundações, para que lhe represente e pratique todos os atos necessário para o bom e fiel cumprimento deste instrumento, especificamente para: DAR ENTRADA E ACOMPANHAR PROCESSO ADMINISTRATIVO DE SEGURO DPVAT JUNTO À SEGURADORA LÍDER, REFERENTE AO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ – ACIDENTE OCORRIDO EM 17/05/2019.

CARTÓRIO DE UNIÃO
Registro Civil e Notas

Rua Antônio Lobato, 850 - Centro - União - PI
Tel / Cel: (86) 99493-9833 - CNPJ: 32.270.112/0001-02
Tabela: Lucinete Oliveira Vianna

UNIÃO - PI, 09 de Setembro

Lucidio Gonçalves de Sousa
OUTORGANTE

de 2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 Set. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

RBS 51436

RECONHECIMENTO
de Assinatura
de
Lucinete Oliveira Vianna
Cartório de União

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0313615/19

Vítima: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

CPF: 169.951.488-78

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/05/2019

Titular do CPF: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO : 038.077.223-00

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

LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA : 169.951.488-78

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: 10/09/2019
Nome: MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO
CPF: 038.077.223-00

MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411514/19

Vítima: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

CPF: 169.951.488-78

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/05/2019

Titular do CPF: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO : 038.077.223-00

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

LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA : 169.951.488-78

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/11/2019
Nome: MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO
CPF: 038.077.223-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/11/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

Ozeas Chaves Vieira Junior

Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190652437

Vítima: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

Data do Acidente: 17/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190652437

Vítima: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

Data do Acidente: 17/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190652437

Vítima: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

Data do Acidente: 17/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

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

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 169 951 488-78 4 - Nome completo da vítima: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

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

5 - Nome completo: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA 6 - CPF: 169 951 488-78
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: R. SAUTO ANTONIO 9 - Número: 1509 10 - Complemento:
11 - Bairro: BEIRA RIO 12 - Cidade: UNIAO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 64120 000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 86 / 9.95005512

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 1989 013 CONTA: 00047500 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

Rua Coelho de Resende, 455

Centro - Norte CEP: 64.000

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: UNIAO - PE 09/09/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

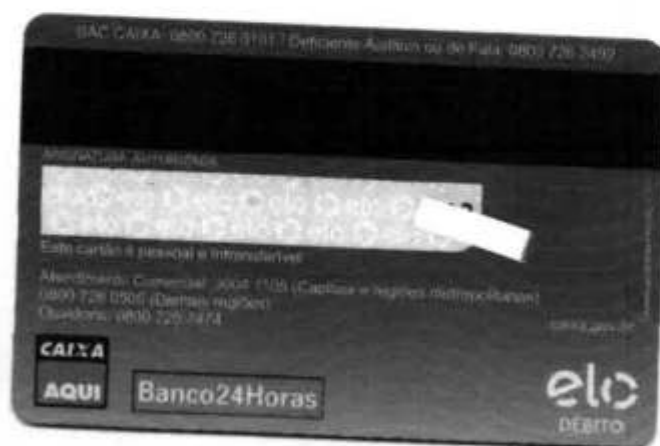
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

34
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

MORTE

INVALIDEZ PERMANENTE

DADOS CADASTRAIS



DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002479



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.001793/2019-55

Unidade de Registro: 20º DP - UNIÃO

Resp. pelo Registro: Roberto Carlos Gomes Da Silva

Data/Hora: 05/09/2019 - 09:33

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

20º DP - UNIÃO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

UNIÃO

Endereço

RUA SEZOSTRE CORREA, Nº:

Complemento

Data/Hora

17/05/2019 - 08:30

Bairro

CENTRO

546828

Ponto de Referência

EM FRENTE A PREFEITURA MUNICIPAL

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LUCÍDIO GONÇALVES DE SOUSA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1110019

Mãe: MARIA RODRIGUES DE SOUSA

Endereço: RUA SNATO ANTONIO, Nº 1508

Bairro: BEIRA RIO

Cidade: UNIÃO

Telefone(s): 86-9513-2237

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

QUE NA DATA E LOCAL A CIMA MENCIONADOS, CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN KS, COR PRETA, PLACA PIH-1256, CHASSI 9C2JC4110FR207561, DE PROPRIEDADE DE DALVIANE LOBÃO DA CRUZ, CPF 070.006.093-62, NA RUA SEZOSTRE CORREA, EM FRENTE A PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIÃO, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTO E SIFREU UMA QUEDA QUE LHE CAUSOU UMA FRATURA NO ANTEBRAÇO ESQUERDO. QUE O ACIDENTE FOI TESTEMUNHADO POR UMBERTO BISPO DAS NEVES, RG 239.747, CPF 010.606.088-04, RESIDENTE NA RUA SANTO ANTONIO 15408, BAIRRO BEIRA RIO UNIÃO-PI E POR HELTON MEDEIROS DA COSTA, RG 1.919.877, CPF 942.271.793-00, RESIDENTE NA RUA SANTO ANTONIO 15408, BAIRRO BEIRA RIO UNIÃO-PI

Roberto Carlos Gomes Da Silva - Mat.
AGENTE DE POL.

Lucídio Gonçalves de Sousa
LUCÍDIO GONÇALVES DE SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação

Luccy Kelko Leal Parreira
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
10 SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 169 951 488-78 4 - Nome completo da vítima: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

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

5 - Nome completo: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA 6 - CPF: 169 951 488-78
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: R. SAUTO ANTONIO 9 - Número: 1507 10 - Complemento:
11 - Bairro: BEIRA RIO 12 - Cidade: UNIAO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 64120 000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 067 9.95005312

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 1989 013 CONTA: 00047500 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
10 SET. 2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
GENTE SEGURADORA
Rua Coelho de Resende, 465
Centro - Norte CEP: 64.000-000

40 - Local e Data, UNIAO - PE 09/09/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO
RUA SÃO PAULO, S/N BAIRRO SÃO JUDAS TADEU UNIÃO - PI
Fone (086) 3265 1116
CNPJ: 18.488.308/0001-93
E-mail: direcaohospital.hmu.pi@gmail.com

Vermelho

FICHA DE ATENDIMENTO

CONTROLE: _____ SERVIDOR: Carla DATA: 17/05/19 HORA: 08:52

01. DADOS DO PACIENTE:

NOME: Luercio Goncalves de Sousa DN: 17/03/67 ID: 52 SEXO: M

NOME DA MÃE: Maria Rodrigues de Sousa

CNS: _____ RG: 1140049 CONTATO: 95711467

ENDEREÇO: Rua Santo Antonio 11508 CEP: 64120000

BAIRRO: Pereira Rio Rio CIDADE: União UF: PE

FORMA DE ENCAMINHAMENTO:

☒ DEMANDA ESPONTÂNEA ☐ CENTRO DE SAÚDE ☒ SAMU ☐ PM ☐ BOMBEIRO ☐ OUTROS

02. ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

MOTIVO DA PROCURA: ☐ TRAUMA ☐ CLÍNICO ☐ PEDIÁTRIA

VITAIS/FC: _____ PA: _____ SAT. O2: _____ T: _____ DOR: _____ ECG: _____ GLICEMIA: _____ PESO: _____ ALTURA: _____

DESCRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA: _____

OBSERVAÇÕES:

VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

HORÁRIO: _____ ENFERMEIRO(A): _____

CONSELHO/REGISTRO:

03. HISTÓRIA CLÍNICA/ EXAME FÍSICO Leucite de toxicação, com
problemas físicos em membros esquerdos.

04. EXAMES COMPLEMENTARES ☐ LABORATORIAL ☒ RX ☐ US

05. DIAGNÓSTICO

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: 08/09/19 DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

ANTONIA R. ☒ CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

06. PRESCRIÇÃO MÉDICA

01) Oxi de furo - 10mg, 10:04

07. CONDUTA

☐ ALTA ☐ ÓBITO ☐ EVASÃO TRANSFERIDO PARA: ☐ INTERNAÇÃO ☐ OUTRA UNIDADE ☐ CENTRO DE SAÚDE

08. HORA/SAÍDA ☐ URGÊNCIA ☐ EMERGÊNCIA ☐ NÃO URGÊNCIA

MÉDICO/CRM: _____ ENFERMEIRO(A)/COREN: _____

PACIENTE:

Carlos E. S. S. Melo
CRM: 113000

MÉDICO
CRM:

ENFERMEIRO(A)
COREN:

Almonda Emillyn Gonçalves Sousa



DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o paciente, **Lucídio Gonçalves de Sousa**, deu entrada neste hospital no dia 17 de maio de 2019, às 08h52min, vítima de acidente motocicleta, o mesmo chegou ao hospital socorrido na ambulância do SAMU.

União (PI), 08 de agosto de 2019.

Antonia Raimunda Viana da Silva

Antonia Raimunda Viana da Silva
Servidora do HMU.



HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO
RUA SÃO PAULO, S/N BAIRRO SÃO JUDAS TADEU UNIÃO - PI
Fone (086) 3265 1116
CNPJ: 18.488.308/0001-93
E-mail: direcaohospital.hmu.pi@gmail.com

Vermelho

FICHA DE ATENDIMENTO

CONTROLE: _____ SERVIDOR: Carla DATA: 17/05/19 HORA: 08:52

01. DADOS DO PACIENTE:

NOME: Luercio Goncalves de Sousa DN: 17/03/67 ID: 52 SEXO: M

NOME DA MÃE: Maria Rodrigues de Sousa

CNS: _____ RG: 1140049 CONTATO: 95711467

ENDEREÇO: Rua Santo Antonio 11508 CEP: 64120000

BAIRRO: Pereira Rio Rio CIDADE: União UF: PE

FORMA DE ENCAMINHAMENTO:

☒ DEMANDA ESPONTÂNEA ☐ CENTRO DE SAÚDE ☒ SAMU ☐ PM ☐ BOMBEIRO ☐ OUTROS

02. ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

MOTIVO DA PROCURA: ☐ TRAUMA ☐ CLÍNICO ☐ PEDIÁTRIA

VITAIS/FC: _____ PA: _____ SAT. O2: _____ T: _____ DOR: _____ ECG: _____ GLICEMIA: _____ PESO: _____ ALTURA: _____

DESCRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA: _____

OBSERVAÇÕES:

VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

HORÁRIO: _____ ENFERMEIRO(A): _____

CONSELHO/REGISTRO:

03. HISTÓRIA CLÍNICA/ EXAME FÍSICO Leucite de toxicação, com
problemas físicos em punho esquerdo.

04. EXAMES COMPLEMENTARES ☐ LABORATORIAL ☒ RX ☐ US

05. DIAGNÓSTICO

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: 08/09/19 DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

ANTONIA R. ☒ CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

06. PRESCRIÇÃO MÉDICA

01) Oxi de ferro - 100mg, 1x1, 30:04

07. CONDUTA

☐ ALTA ☐ ÓBITO ☐ EVASÃO TRANSFERIDO PARA: ☐ INTERNAÇÃO ☐ OUTRA UNIDADE ☐ CENTRO DE SAÚDE

08. HORA/SAÍDA ☐ URGÊNCIA ☐ EMERGÊNCIA ☐ NÃO URGÊNCIA

MÉDICO/CRM: _____ ENFERMEIRO(A)/COREN: _____

PACIENTE:

[Assinatura]

MÉDICO
CRM:

Carlos E. S. Almeida Melo
CRM: 113000
CRM: 113000/PI

ENFERMEIRO(A)
COREN:

Almonda Emillyn Gonçalves Sousa



DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o paciente, **Lucídio Gonçalves de Sousa**, deu entrada neste hospital no dia 17 de maio de 2019, às 08h52min, vítima de acidente motocicleta, o mesmo chegou ao hospital socorrido na ambulância do SAMU.

União (PI), 08 de agosto de 2019.

Antonia Raimunda Viana da Silva

Antonia Raimunda Viana da Silva
Servidora do HMU.

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

TOTAL A PAGAR (R\$)
287,25

DATAS DA LEITURA

Atual:	
Anterior:	29-08-2019
Próxima Leitura:	30-07-2019
Emissão:	28-09-2019
Apresentação:	28-08-2019
Dias de Consumo:	29-08-2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

30

Classe/Subclasse	Norma	Uso	Número Medidor	Posto	Código FeL	Média 12 meses
------------------	-------	-----	----------------	-------	------------	----------------

RESIDENCIAL
Máximo consumo

MONO	A1925589	DESCRIÇÃO DA CONTA	1.1.1.1	237
------	----------	--------------------	---------	-----

JUL/19	266
JUN/19	254
MAY/19	243
APR/19	248
MAR/19	233
FEV/19	217
JAN/19	215
DEZ/18	229
NOV/18	236
OUT/18	245

CONSUMO	256 A R\$ 0,973442 *	249,20
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		30,16
CORRECAO MONETARIA IG 07/19-00		1,31
MULTA POR ATRASO 07/19-00		4,94
JUROS POR ATRASO 07/19-00		1,64
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,11	
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	9,88	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 256 - 0.65447%

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 28-08-2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO				IMPOSTOS E TRIBUTOS			
8563.6F7C.4AE1.0051				A900.F916.2619.38C6			
Distribuição:				Base de Cálculo:			
Energia:	49,01			Alíquota ICMS:	249,20	181,91	
Transmissão:	94,70			Valor do ICMS:	27,00%		
Encargos:	16,01			Valor do PIS:		67,28	
Tributos:	7,84			Valor do COFINS:		2,56	
TOTAL				INDICADOR DE CONTINUIDADE			
81,54				6,49%			
TIC		TIC		DMIC		DMIC	
Atual	Anterior	Atual	Anterior	Atual	Anterior	Atual	Anterior
Unidade		Unidade		Unidade		Unidade	
Resposta		Resposta		Resposta		Resposta	
7,27		14,53		29,06		3,68	
7,35		14,70		4,14		4,14	
0,00		0,00		0,00		0,00	

UNIAO

06/2019

TOTAL A PAGAR - R\$

equatorial
ENERGIA
cepisa

SEU CÓDIGO

0174645-6

MÊS FATURADO

08/2019

VENCIMENTO

05-09-2019

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 – Centro/Sul – Teresina – PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

Nº da Nota Fiscal: 026563802

83630000002 0 87250017000 8 00000000174 3 64560819008 0



SEQ.: 00323 UC: 0174645-6 DT.LEIT.: 29/08/2019 T.ENTR.: 02
LEITURA: 6106 NORMAL TOTAL: 287,25 CARGA: 002
DT.VENC.: 05-09-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 7542

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

10 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	25/09/2019	131	137,38

MARIA JOSE DOS SANTOS SILVA
LC SAO FELIPE S/N - B-RURAL
CPF: 00035413301391
CEP: 64.120-000 - UNIAO

ROT: 251.070.07.82.247100

Atual:	2972	Atual:	09/09/2019
Anterior:	2841	Anterior:	08/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	09/10/2019
Consumo Medido:	131	Emissão:	06/09/2019
Consumo Faturado:	131	Apresentação:	09/09/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	32
Código de Irregularidade:	FCAH*		

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A2041613		1.1.1.1	136

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
AGO/19 117	CONSUMO 131 A R\$ 0,912203 = 119,49
JUL/19 125	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 15,45
JUN/19 163	CORRECAO MONETARIA IG 08/19-00 0,10
MAI/19 137	MULTA POR ATRASO 08/19-00 2,07
ABR/19 104	JUROS POR ATRASO 08/19-00 0,27
MAR/19 115	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 5,23
FEV/19 117	
JAN/19 113	
DEZ/18 130	
NOV/18 154	

TARIFA GEM TRIBUTOS:
0 A 131 - 0,655310

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 06/09/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO DD61.9DAD.E6AB.C545.71A5.B8CF.BB25.5E0A

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 25,13	Base de Cálculo: 119,49 93,20
Energia: 48,52	Alíquota ICMS: 22,00%
Transmissão: 8,20	Valor do ICMS: 26,28
Encargos: 4,01	Valor do PIS: 1,40%
Tributos: 33,63	Valor do COFINS: 6,49%

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			IYC			DHC	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	7,27	14,53	29,06	3,68	7,35	14,70	4,14	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Condição	UNIAO						Período de observação:	07/2019 44,26

ROT: 251.070.07.82.247100



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

TOTAL A PAGAR (R\$)
287,25

DATAS DA LEITURA

Atual:	
Anterior:	29-08-2019
Próxima Leitura:	30-07-2019
Emissão:	28-09-2019
Apresentação:	28-08-2019
Dias de Consumo:	29-08-2019

Class/Subclasse	Normal	Unidade Consumidora	Código Pat.	Média 12 meses
Unidade Consumidora				

RESIDENCIAL
Máx./mín consumo

MONO		A1925589		DESCRIÇÃO DA CONTAS		1.1.1.1		237	
CONSUMO	256	A R\$	0,973442	=		249,20			
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)						30,16			
CORRECAO MONETARIA IG 07/19-00						1,31			
MULTA POR ATRASO 07/19-00						4,94			
JUROS POR ATRASO 07/19-00						1,64			
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA				-	0,11				
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA				-	9,88				

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 256 - 0.65447%

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 28-08-2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO						IMPOSTOS E TRIBUTOS - R\$			
8563.6F7C.4AE1.0051 A900 F916.2619.38C6									
Distribuição:						Base de Cálculo:			
Energia:	49,01					Alíquota ICMS:	249,20	181,91	
Transmissão:	94,70					Valor do ICMS:			
Encargos:	16,01					Valor do PIS:	27,00%		
Tributos:	7,84					Valor do COFINS:		67,28	
	81,54						1,40%	2,56	
							6,49%	11,80	
INDICADOR DE CONTINUIDADE									
	FIC					FIC	DMIC	DMCI	
	Anual	Semestral	Anual	Semestral	Trimestral	Anual	Semestral	Mensal	
Unidade									
Realizado	7,27	14,53	29,06	3,68	7,35	14,70	4,14		
Cópia em	0,00			0,00				0,00	R\$R\$

UNIAO

06/2019

TOTAL A PAGAR - R\$

MÊS FATURADO

08/2019

VENCIMENTO

05-09-2019

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

Nº da Nota Fiscal: 026563802

83630000002 0 87250017000 8 00000000174 3 64560819008 0



SEQ.: 00323 UC: 0174645-6 DT.LEIT.: 29/08/2019 T.ENTR.: 02
LEITURA: 6106 NORMAL TOTAL: 287,25 CARGA: 002
DT.VENC.: 05-09-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 7542

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

10 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

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

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!

SEU CÓDIGO
0920963-8

Nº da Nota Fiscal
26950451
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	25/09/2019	131	137,38

MARIA JOSE DOS SANTOS SILVA
LC SAO FELIPE S/N - B-RURAL
CPF: 00035413301391
CEP: 64.120-000 - UNIAO

ROT: 251.070.07.82.247100

Atual:	2972	Atual:	09/09/2019
Anterior:	2841	Anterior:	08/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	09/10/2019
Consumo Medido:	131	Emissão:	06/09/2019
Consumo Faturado:	131	Apresentação:	09/09/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	32
	Código de Irregularidade:		

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A2041613		1.1.1.1	136

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
AGO/19 117	CONSUMO 131 A R\$ 0,912203 = 119,49
JUL/19 125	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 15,45
JUN/19 163	CORRECAO MONETARIA IG 08/19-00 0,10
MAI/19 137	MULTA POR ATRASO 08/19-00 2,07
ABR/19 104	JUROS POR ATRASO 08/19-00 0,27
MAR/19 115	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 5,23
FEV/19 117	
JAN/19 113	
DEZ/18 130	
NOV/18 154	

TARIFA GEM TRIBUTOS:
0 A 131 - 0,655310

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 06/09/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO DD61.9DAD.E6AB.C545.71A5.B8CF.BB25.5E0A

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 25,13	Base de Cálculo: 119,49 93,20
Energia: 48,52	Alíquota ICMS: 22,00%
Transmissão: 8,20	Valor do ICMS: 26,28
Encargos: 4,01	Valor do PIS: 1,40%
Tributos: 33,63	Valor do COFINS: 6,49%

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			IYC			DHC	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	7,27	14,53	29,06	3,68	7,35	14,70	4,14	
Sustentado	0,00			0,00			0,00	
Conjunta	UNIAO						Período de observação: 07/2019	R\$10: 44,26

ROT: 251.070.07.82.247100

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO
0920963-8
MÊS FATURADO
09/2019
TOTAL A PAGAR - R\$
137,38
VENO: DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO!
FCAN*

83610000001 4 37380017000 4 00000000920 9 96380919008 4

10 SET. 2019



ENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

SEQ.: 00154 UC: 0920963-8 DT.LEIT.: 09/09/2019 T.ENTR.: 81
LEITURA: 2972 NORMAL TOTAL: 137,38 CARGA: 003
DT.VENC.: 25/09/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 3811

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

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 038077223 100 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 169951488 78

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 169951488 78, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO 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>RC. SÃO FELIPE</u>	Número: <u>511</u>	Complemento:
Bairro: <u>COVA RURAL</u>	Cidade: <u>UNIAO</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>64120000</u>	Tel (DDD): <u>86</u> <u>9.95005512</u>

Local e Data: UNIAO - PE 04/09/2019

MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

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

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 038 077 223 1 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 169 951 488 78

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 169 951 488 78, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO 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>RC. SÃO FELIPE</u>	Número: <u>514</u>	Complemento:
Bairro: <u>COVA RURAL</u>	Cidade: <u>UNIAO</u>	CEP: <u>64 120 000</u>
E-mail:	Estado: <u>PE</u>	Tel (DDD): <u>86</u> / <u>9.95005512</u>

Local e Data: UNIAO - PE 04/09/2019

MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

1 0 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: (0800 022 12 04)

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, DALVIANE LOBAO DA CRUZ

RG nº 3.835.092, data de expedição 29/11/12

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 070.006.093-62

com domicílio na cidade de UNIÃO, no Estado de

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

R. SÃO JORGE CASA 09 B. SÃO PEDRO, nº 09

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

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

LUCEDIO GONCALVES DE SOUSA, cujo o condutor era

LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

Veículo: MOTO Modelo: HONDA / CG 125 FAN KS Ano: 2015/2015

Placa: PIH 1256 Chassi: 9C2JC4110FR207561

Data do Acidente: 17/05/2019

Local e Data: UNIÃO - PI 10/09/2019

** Dalviane Lobão da Cruz*

Assinatura do Declarante

** Lucidio Gonçalves de Sousa*

Assinatura do Condutor

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

1º SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

COMARCA DE UNIÃO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
CIVIL E DE NOTAS - L
Lucinete Oliveira
Escritura Pública e Ofício
Civil e do C
União



CARTÓRIO DE UNIÃO
Registro Civil e Notas

Rua Antônio Lobão, 850 - Centro - União/PI - CEP: 64120-000
Tel: (86) 99493-9833 - CNPJ: 32.275.312/0001-02

Tabelião: Lucinete Oliveira Vieira

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE AS FIRMAS DE: DALVIANE
LOBAO DA CRUZ E LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA, DOUFE, EM
TEST. DA VERDADE. UNIAO PI, 10/09/2019.
Emol: 27,00 - TITEL: 54 - FMT: 0,20 - Selos: 0,32 - Total: 9,96
Selos: 27,00 - ABS 51545 (05/05/19)

LUCINETE OLIVEIRA VIEIRA - Tabelião Interina

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: (0800 022 12 04)

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, DALVIANE LOBAO DA CRUZ

RG nº 3.835.092, data de expedição 29/11/12

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 070.006.093-62

com domicílio na cidade de UNIAO, no Estado de

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

R. SÃO JORGE CASA 09 B. SÃO PEDRO, nº 09

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

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

LUCEDIO GONCALVES DE SOUSA, cujo o condutor era

LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

Veículo: MOTO Modelo: HONDA CG 125 FAN KS Ano: 2015/2015

Placa: PIH 1256 Chassi: 9C2JC4110FR207561

Data do Acidente: 17/05/2019

Local e Data: União - PI 10/09/2019

**Dalviane Lobão da Cruz*

Assinatura do Declarante

**Lucidio Gonçalves de Sousa*

Assinatura do Condutor

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

1º SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

COMARCA DE UNIAO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
CIVIL E DE NOTAS - L
Lucinete Oliveira
Escritura Pública e Ofício
Civil e do C
União



CARTÓRIO DE UNIÃO
Registro Civil e Notas

Rua Antônio Lobão, 850 - Centro - União/PI - CEP: 64120-000
Tel: (86) 99493-9833 - CNPJ: 32.275.312/0001-02

Tabelião: Lucinete Oliveira Vieira

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE AS FIRMAS DE: DALVIANE
LOBAO DA CRUZ E LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA, DOUFE, EM
TEST. DA VERDADE. UNIAO PI, 10/09/2019.
Emol: 27,00 - TITEL: 54 - FMT: 0,20 - Selos: 0,32 - Total: 9,96
Selos: 27,00 - ABS 51545 (05/05/19)

LUCINETE OLIVEIRA VIEIRA - Tabelião Interina



HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO
RUA SÃO PAULO, S/N BAIRRO SÃO JUDAS TADEU UNIÃO - PI
Fone (086) 3265 1116
CNPJ: 18.488.308/0001-93
E-mail: direcao@hospital.hmu.pi@gmail.com

vermelho

FICHA DE ATENDIMENTO

CONTROLE: _____ SERVIDOR: Carla DATA: 17.05.19 HORA: 08:52

01. DADOS DO PACIENTE:

NOME: Luercio Gomeçes de Sousa DN: 17/05/67 ID: 52 SEXO: M

NOME DA MÃE: Maria Rodrigues de Sousa

CNS: _____ RG: 1140049 CONTATO: 95411467

ENDEREÇO: Rua Santo Antonio, 1508 CEP: 64120000

BAIRRO: Pera Rio Rio CIDADE: União UF: PE

FORMA DE ENCAMINHAMENTO:

☒ DEMANDA ESPONTÂNEA ☐ CENTRO DE SAÚDE ☒ SAMU ☐ PM ☐ BOMBEIRO ☐ OUTROS

02. ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

MOTIVO DA PROCURA: ☐ TRAUMA ☐ CLÍNICO ☐ PEDIÁTRIA

VITAIS/FC: _____ PA: _____ SAT. O2: _____ T: _____ DOR: _____ ECG: _____ GLICEMIA: _____ PESO: _____ ALTURA: _____

DESCRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA:

OBSERVAÇÕES:

VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

HORÁRIO: _____ ENFERMEIRO(A): _____ CONSELHO/REGISTRO: _____

03. HISTÓRIA CLÍNICA/ EXAME FÍSICO doente desorientado, com
problemas de memória e equilíbrio.

04. EXAMES COMPLEMENTARES ☐ LABORATORIAL ☒ RX ☐ US

05. DIAGNÓSTICO

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: 08.08.19
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

ANTONIA R. ☒ CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

06. PRESCRIÇÃO MÉDICA

01) Omeprazol - 40mg, 1x, 10:04

07. CONDUTA

☐ ALTA ☐ ÓBITO ☐ EVASÃO TRANSFERIDO PARA: ☐ INTERNAÇÃO ☐ OUTRA UNIDADE ☐ CENTRO DE SAÚDE

08. HORA/SAÍDA ☐ URGÊNCIA ☐ EMERGÊNCIA ☐ NÃO URGÊNCIA

MÉDICO/CRM:

ENFERMEIRO(A)/COREN:

PACIENTE:

Dr. Carlos E. S. Melo
CRM: 12345

MÉDICO
CRM:

ENFERMEIRO(A)
COREN:

Alminda Emillyn Gonçalves Sousa



DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o paciente, **Lucídio Gonçalves de Sousa**, deu entrada neste hospital no dia 17 de maio de 2019, às 08h52min, vítima de acidente motocicleta, o mesmo chegou ao hospital socorrido na ambulância do SAMU.

União (PI), 08 de agosto de 2019.

Antônia Raimunda Viana da Silva
Antonia Raimunda Viana da Silva
Servidora do HMU.

HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO
Dr. Jose da Rocha Furtado
CNPJ: 18.488.308/0001-93
Rua São Paulo, S/N - Bairro São Judas Tadeu.
CEP - 64.120.000 - União - PI





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



Confere com o(a) original que
foi apresentado(a) e dou fé.

Em 31/07/19

Setor do Arquivo Técnico do HPMP

Luiz Henrique Vasconcelos, 1º TEN. PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPMP
RG: 105198193-2 Matr. 14405-9

NOME DO PACIENTE:

Meidito Gonçalves de Sousa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

479799/19

Obs: Não fornecemos 2ª via.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Cel. De Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

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

Saúde
Secretaria de Estado

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 206517
FORMA DE ENTRADA: ESTADUAL		AII: 2219100374007

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRCEL ARCOVERDE - HPM	CNES 7333451
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRCEL ARCOVERDE - HPM	CNES 7333451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
CARTÃO SUS 801410476151910	NOME DO PACIENTE LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA	17/03/1967	M	479799
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
	86995711367	MARIA RODRIGUES DE SOUSA	AMANDA EMILLYN GONCALVES SOUSA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO	NUMERO / LOTE		
61170977	RUA SANTO ANTONIO	1508		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICIPIO	UF	
BEIRA RIO		UNIAO	PI	

LAUDO TECNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS
 PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HA 01 DIA.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
 AS ACTMAS CITADAS

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
 RX DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---------------------------------------------------------------------------------------	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO		Luis Henrique Gomes Silva 1º TEN PM ROPM 10-11-13-2º Mai 14405-9 Chefe do Setor de Arquivo Técnico
040803031 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO DA ULNA		
LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRA/UMATOLOGIA (MASCULINO)	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) ALEJANDRO VERA VIANA CPF: 53914057353 CRM	
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 17/05/2019	
DATA ADMISSÃO 17/05/2019 21:45	DATA ALTA 31/05/2019 09:00	MOTIVO ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)					
TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA
					CBOR NATUREZA DA LESÃO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO		AUTORIZAÇÃO
PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) TANIA MOREIRA AREA LEAD CPF: 1886159072 CRM	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER AUDITORIA CPF: CRM	DATA ANALISE: 21/05/2019 11:36:30

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002470



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

206517

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

3 - Nome do estabelecimento executante:
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

2 - CNES
2323451

4 - CNES
2323451

Atendimento
976405

Identificação do Paciente

5 - Nome: **LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA**

7 - CNS: **801440426154946**

8 - Nascimento: **17/03/1967**

9 - Sexo: **M**

6 - Prontuário: **479799**

11 - Mãe: **MARIA RODRIGUES DE SOUSA**

12 - Fone: **86-9.95711467 / 995319024**

13 - Resp: **AMANDA EMILLYN GONCALVES SOUSA**

14 - Cor: **PARDA**

15 - Ender.: **RUA SANTO ANTONIO**

16 - Munic: **UNIAO**

17 - Cod. IBGE: **221110**

18 - UF: **PI**

19 - CEP: **64120-972**

RG: **11100-19**

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

*Queda com trauma
no pulso*

21 - Condições que justificam a internação:

Doi

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

Rx

23 - Diagnostico Inicial:

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

24 - Cid Princ.: **S525**

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C.Ass.: _____

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0408020440 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESÃO FISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

29 - Clínica: **POSTO II**

30 - Carater.: **02**

Ident.: **1**

31 - Documento: **CPF**

32 Doc. Med. Solic.: **16778699841**

33 - Nome Profissional / Assistente
LEANDRO PONCE LEAL

34 - Data de Solicitação:
17/05/2019

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

38 - () Acidente de Trabalho Trajeto.

39 - CNPJ Seguradora:

40 - CNPJ Empresa:

41 - Série

42 - Nº. Bilhete.

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

45 - Vinculo com a Previdência. () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

48 - Documento

49 - Num. Documento

47 - Data Autorização

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

GENTE SEGURODORA

Rua Coelho de Resende, 455 - 1012

Centro - Norte CEP: 64.002470

ROMARIO SANTOS

21-28-46

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Amanda Emillyn Gonçalves Sousa

Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL

SIM ☐ NÃO ☐

IDEM OUTROS HOSPITAIS

SIM ☐ NÃO ☐

CLÍNICA

Médico Assistente

Permanência

CLÍNICA

FICHA DE PRONTUÁRIO

Nome: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

17/05/2019

Nasc.: 17/03/1967 Sexo: M

Convênio: SUS - INTERNACAO

Pront.: 479799

Atendimento: 976405

Enfermaria: POSTO II

ENF 204 LEITO

Leito: 204

Pai: JOSE GONCALVES SILVA

Mãe: MARIA RODRIGUES DE SOUSA

RG: 1110019

Residência:

RUA SANTO ANTONIO

Nr.: 1508

Cep: 64120972

Bairro: BEIRA RIO

Cidade: UNIAO

Telefone: 86 - 995711467

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

*Queda com trauma
no antebraço*

DIAGNÓSTICO

Provisório: *FT DE ROTO*

Principal: *osteomielite radio*

CID S525

Procedimento:

CID

Sintomas e Sinais Principais

Do

Causa Médica

Histo - Patológico:

Luis Henrique Pinheiro Reis 1º TEN PM
RQPM 1515313-2º Mai 14495-9
Coelho da Silva do Arquivo Técnico

TRATAMENTO

Tipo:

Terapêutica Médica

Operação

Eficácia

- ☐ Nenhuma
☐ Médico
☐ Cirurgia
☐ Médico Cirurgico

- ☐ Nenhuma
☐ Médico
☐ Cirurgia
☐ Médico Cirurgico

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação
17/05/2019 21:34:18

Data da Alta:
31/05/2019

Data da Hospitalização

ALTA

Saída

Transferência

Óbito

- ☐ Curado
☐ Melhorado
☐ Inalterado
☐ A Pedido
☐ Internação p/ Diagnóstico
- ☐ Divisão Médica
☐ Por Indisciplina
☐ Evasão
☐ P. Ambulatório

- ☐ Fisiologia
☐ Psiquiatria
☐ Outros

- ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas após a internação

THE / /

Assinatura:

Dr. Alciomar Vercas Vianna

10 SET. 2019

"Humanizando e Cuidando Bem"
Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520
CEP.: 64014-090 - Teresina - PI. CNPJ.: 07.444.159/0002-25 - CMC. 035.372-8

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64 002470



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



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 30 / 03 / 2019
Nº DO PRONTUÁRIO: 47799 SALA: 07
CÓD DA CIRURGIA:

Descrição da Cirurgia:

- ① Pt em son no bloq
- ② Incisão no antebraço e
- ③ - Retirado Placa
- ④ - Redução da ft antebraço
- ⑤ - Sinter com placa e parafusos
- ⑥ - Sutura

Luz Henrique de Almeida Reis 1º TEN PM
RPM 105158113-2º Mai 14485-9
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

Dr. Alciomar Viana
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM: 2631 / TEF 10462

Cirurgia: Ombro direito
Cirurgião: Alciomar Viana
1º Auxiliar: -
2º Auxiliar: -
3º Auxiliar: -
Instrumentador: Kely
Circulante: Inez
Inez Mª M.A Xavier
Coren/283377-Te

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



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



BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 30/05/19
Nº DO PRONTUÁRIO 991791 SALA 07
CÓD DA CIRURGIA:

NOME: Valdivino de S. Pires Neto Idade 52a Sexo M ASA I
PROCEDIMENTO: Exatoma Apt/Ent e Leto: 204-03
CIRURGIA: Exatoma ANEST: Valdivino ANESTESIA: Propofol + Sedação
INSTR: Exatoma CIRC.: Exatoma INICIO: 14:30 FIM: 15:30 SALA: 07
P.A. F.C. PESO: Hto Glicemia Creatina Respir:

ALERTA NÁLATORIO		OXIGENIO										SEQUÊNCIA	
		1											
		2											
REPOSIÇÃO VOLÊMICA													
		SaO ₂ (%)										10 Mancoq/- 15ml	
		E.C.G.										X 12/- 15ml	
		EtCO ₂ (mmHg)										+ H2O det 10ml	
MONITORIZAÇÃO												O Cerebral - 4	
												O Tidal - 4	
												O Ocular - 4	
												O Renal - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	
												O Cholesterol - 4	

Técnica Anestésica:

Comentários Adicionais:

Bloqueio do plexo braquial + Sedação

Uma hora intraoperatória

MONITORIZAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> ECG	<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro
	<input type="checkbox"/> PAM	<input type="checkbox"/> Capnógrafo
	<input checked="" type="checkbox"/> PANI	<input type="checkbox"/> PVC
Gases		Tempo
Oxigênio (l)	07	15:30
N ₂ O (l)		
Ar Medico (l)		

Medicamentos Utilizados

Adrenalina _____ Amp
Água dest. 10ml 04 Amp
Atropina _____ Amp
Bextra _____ Amp
Bromoprida _____ Amp
Cefazolina 1g 02 Fr
Cefotolona _____ Fr
Ciprofloxacina _____ Fr
Clonidin 01 Fr
Colóide () _____ Fr
Dexametazona 01 Amp
Diazepam _____ Amp
Dimorf _____ mg Amp
Dipirona _____ Amp

Dolapina _____ Amp
Droperidol _____ Amp
Etoril _____ Amp
Etidim _____ Amp
Enflurano _____ ml
Fentanil 02 1004 Fr
Fentanil (S/C) _____ Amp
Halotano _____ ml
Hidrocortisona _____ ml
Isoflurano _____ ml
Jelco n° _____ Und
Lidocaina 2 15ml Fr
Mefenidol _____ Amp
Metaclopramida _____ Amp
Manitol _____ Fr

Midazolam 01 Fr 1004
Metronidazol _____ Fr
Neocaina Psa 0.5% 01 Amp
Narcen _____ Amp
Novabupr 0.5% _____ Fr
Nubain _____ Amp
Neocaina 0.5% 01 15ml Fr
Neostigmina _____ Amp
Omeprazol _____ Fr
Ondasetrona 01 Amp
Polio Cel _____ Fr
Pancurônio _____ Amp
Pentelid _____ Fr

Propofol _____ ml Amp
Ranitidina 01 Amp
Quelicin _____ Amp
Quetamina 01 1004 Fr
Remifentanil _____ Fr
Ringer-lactado _____ Fr
S. Fisilog. 0.9% 02 Fr
S. Glicosado 5% _____ Fr
Scalp n° _____ Und
Tracur _____ Amp
Tilatil 01 Fr
Tiopental _____ Fr
Valdivino
Anestesiologista-CRM

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Valdivino de S. Pires Neto
Anestesiologista
CRM- 1060

Valdivino
Anestesiologista



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

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA: 12/05/19 HORA: _____ Nº DO TELEFONE: _____
 HOSPITAL SOLICITANTE: _____ MUNICÍPIO: _____
 MÉDICO: _____ CRM: _____

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

Obstétrica () Trauma (X) Clínico () Cirúrgico () Pediatria () Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Murilo Travençolo
 Data de Nascimento: _____ Idade: _____ anos Sexo: () Masculino (X) Feminino
 CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde: _____

Município de Procedência: _____

ADA: Plano de tratamento com dieta com leite em pó e arroz branco, com dieta complementar e prática de exercícios físicos (Fazer exames e testes) - Seta amarela este plano.
Fotos do caso e no número: 98524763 CID: _____

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

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

RESPOSTA VERBAL

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

RESPOSTA MOTORA

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

SINAIS VITAIS

Tem: _____ °C bpm R: 20 mm PA: 120 mmHg Sat O₂: 99 Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

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

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Assinatura e carimbo do Médico

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 10 SET. 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002470

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HPM (Hospital de Patrimônio Municipal)

Clinica: _____

Senha: 201403



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



RISCO CIRÚRGICO CLÍNICO E CARDIOLÓGICO

204-3

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME Juciano Gomes de Sá IDADE: 52 SEXO M() F() DATA: 20/5/19

2. CIRURGIA PROPOSTA:

3. REVISÃO/ANTECEDENTES (S/N)

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

4. EXAME FÍSICO - IMPRESSÃO GERAL

- a) ESTADO GERAL: 1. Bom () 2. Regular () 3. Precário () 4. Dispneico () 5. Ictérico () 6. Cianótico ()
b) Aparelho respiratório - Expansibilidade: normal MV: normal FTV: normal
Ruídos Advercticos: SIM () NÃO ()
c) Aparelho circulatório: PA 130 x 80 mmHg Pulsos: 110 FC: 70
Inspeção e palpação: normal Ausculta RC: normal Bulhas: normal
d) Abdômen-Pelve: normal

5. ÍNDICE DE REFERÊNCIA

a) ÍNDICE DE RISCO CARDÍACO (DETSKY, 1986)

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 10 Infarto agudo do miocárdio nos últimos 6m | 5 Edema pulmonar no passado |
| 5 Infarto agudo do miocárdio há mais de 6m | 20 Estenose aórtica crítica |
| 10 Angina classe III (CSS*), limitação importante às atividades físicas diárias | 5 ECG recente c/ ritmo não-sinusal ou extra-sístole atrial |
| 20 Angina classe IV (CCS), angina nos mínimos esforços ou repouso | 5 Estado geral precário |
| 10 Angina instável nos últimos 6m | 5 Idade > 70 anos |
| 10 Edema pulmonar na última semana | 10 Cirurgia de emergência |
| < 15 pts: Baixo risco de complicações | |
| > 15 pts: Alto risco de complicações | |

*CCS: Canadian Cardiovascular Society

CONCLUSÃO:

a) NEW YORK HEART ASSOCIATION (NYHA)

- CLASSE I - Ind. com dça. cardíaca sem limitação da atividade física
CLASSE II - Ind. com dça. cardíaca com pequena limitação da atividade física
CLASSE III - Ind. com dça. cardíaca com importante limitação da ativ. física
CLASSE IV - Ind. com dça. cardíaca e incapaz de fazer atividade física
CONCLUSÃO:

c) AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGY (ASA)

- ASA I - índice saudável
ASA II - índice com dça. sistêmica discreta
ASA III - índice com dça. sistêmica grave/lim. da ativ./não incapacitante
ASA IV - Moribundo; sem esperança de sobrevivência p/24h c/ ou s/ cirurgia
CONCLUSÃO:

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

1. HISTÓRIA (a). Ind. +70 anos (5pt) (b) IAM prévio (10pt)
2. EX.FÍSICO (a) Galope ou estase jugular (11pt) (b) Estenose imp (3pt)
3. ECG (a) Ritmo não-sinusal/ BAP (7pt) (b) BVP + Smin (7pt)
4. ESTADO GERAL: PaO2 < 60 / PaCO2 > 50 / K < 3 / Creatin > 3 / TGO/TGP Anormal
Insuf. Hepática / Ind. Acamado
IND.: GRUPO I (0-5 pt) compl. não fatal 0.7% fatal 0.2%
GRUPO II (6-12 pt) 5% 2%
GRUPO III (13-25pt) 11% 2%
GRUPO IV (+12 pt) 22% 56%

CONCLUSÃO:

Ass. e carimbo Médico:

EXAMES

1. Ht/Hb/Plaql. 38/11.8/285
2. Leuco/Bt/Seg: 510/84
3. Glicose: 173
4. Ur/Cr: 506-7
5. TS/TC: 2/4
6. TGO/TGP: normal
7. Trofo/CKmb: normal
8. ECG: normal
9. Urina-I: normal
10. ECO 2D: normal
11. U.Som: normal
12. RX Tórax: normal
13. TC/RNM: normal

Lup Henque - Rua dos Reis 1º TEN PM
RCPM 107 1381 13-2º Max 14405-9
Diário do Sítio de Arquivo Técnico

Dr. Francisco José Lima
CARDIOLOGO
CLÍNICA ME
CRM-PI 2101
1715
282

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

Hospital Dirceu Arcoverde da Polícia Militar do Piauí - HPMP

GENE SEGURADORA S.A.
Rua Colombo de Resende 455 Loja C
Fone: (85) 3216 1500
CNPJ: 07.244.740/0001-00

**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE****"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"****Nº ORDEM.....: 152152****NOME.....: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA****MÉDICO SOLIC: ALCIOMAR VERAS VIANA****DATA LAUDO...: 03/06/2019****CONVÊNIO: INTERNO****DATA REALIZ: 31/05/2019****IDADE: 52 anos****CRM: 2631-PI****CÓDIGO: 45967****RX ANTEBRAÇO ESQUERDO**

O estudo radiológico do antebraço, realizado incidência ântero-posterior e lateral, demonstra:

- Presença de fratura no terço médio do rádio fixada com placa e parafusos metálicos.

± Túneis ósseos na diáfise do rádio de provável fixação prévia.

- Presença de pequeno fragmento ósseo em partes moles no nível supracitado.

- Aumento de partes moles.

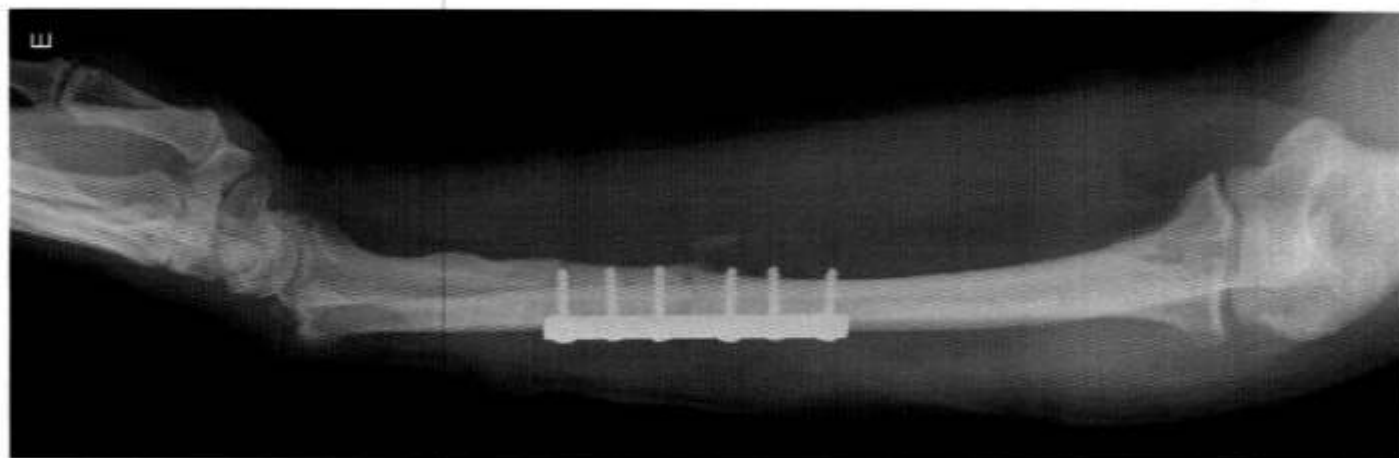
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**Controle pós operatório.**


Lucio Henrique Fontenele Gomes Res. 1º TEN PM
R/CPM 107198773-2º Mai. 1445G-9
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

IVAN FONTENELE GOMES
CRM 2426-PI
CRM

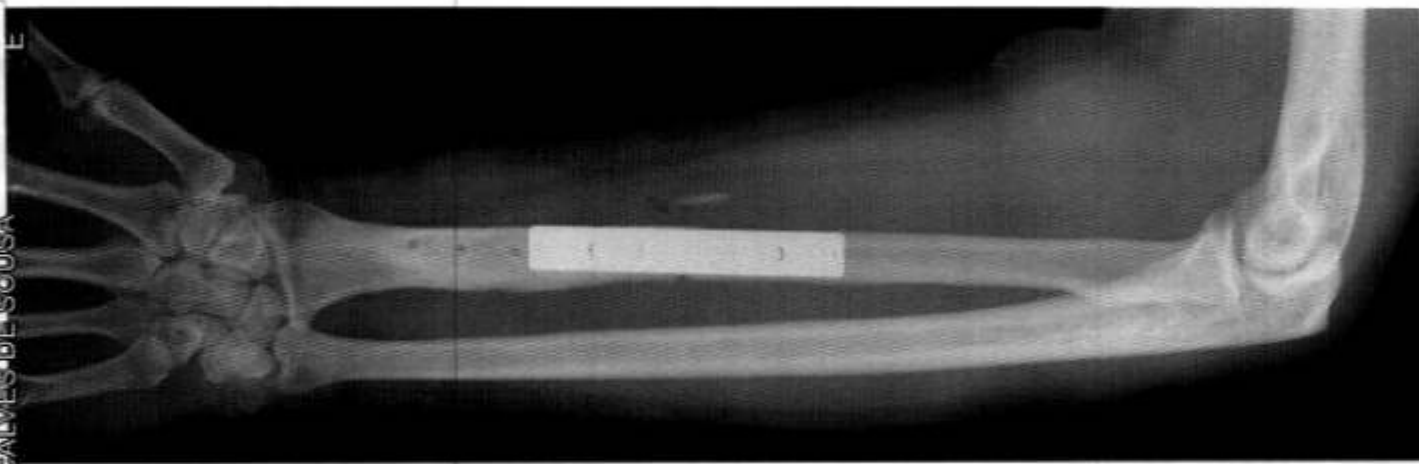
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
10 SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

HPM




 Luis Henrique Viana de Resende 1º TEN PM
 RG/PM: 10713811-2º Mai. 14435-9
 Cel. J. S. de Arquivo Técnico

ID: INT.01. 31/03/19
 Paciente: LUCIO GONCALVES DE SOUSA
 Idade: 062Y
 Sexo: M



DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NAO VERIFICADO
10 SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

Hora: 07:29
 Exam: 31/03/2019



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 150336
PACIENTE: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA
NOME DA MÃE: MARIA RODRIGUES DE SOUSA
DATA DO NASCIMENTO: 17/03/1967
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 17/05/2019
DATA DO LAUDO: 22/05/2019
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Fratura completa desalinhada na diáfise média do rádio.
Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.
Placa e parafusos metálicos na diáfise distal do rádio.
Fratura-avulsão no processo estilóide da ulna.
Redução difusa da densidade mineral óssea.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura completa desalinhada na diáfise média do rádio.
Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.
Placa e parafusos metálicos na diáfise distal do rádio.
Fratura-avulsão no processo estilóide da ulna.
Redução difusa da densidade mineral óssea.

*Correlacionar com dados clínicos.

Las Heras, 17 de Maio de 2019
FC/PM 105/10/11/13-2; Mag. 14493-9
Código de Arquivo Técnico

Nayra Virginia S. Costa
CRM-PI 3326

NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA
CRM: 3326

Av. Higino Cunha, 1642 - Ilhotas - Teresina/PI
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3216-1520
Fax (86) 3216-1520

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
10 SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

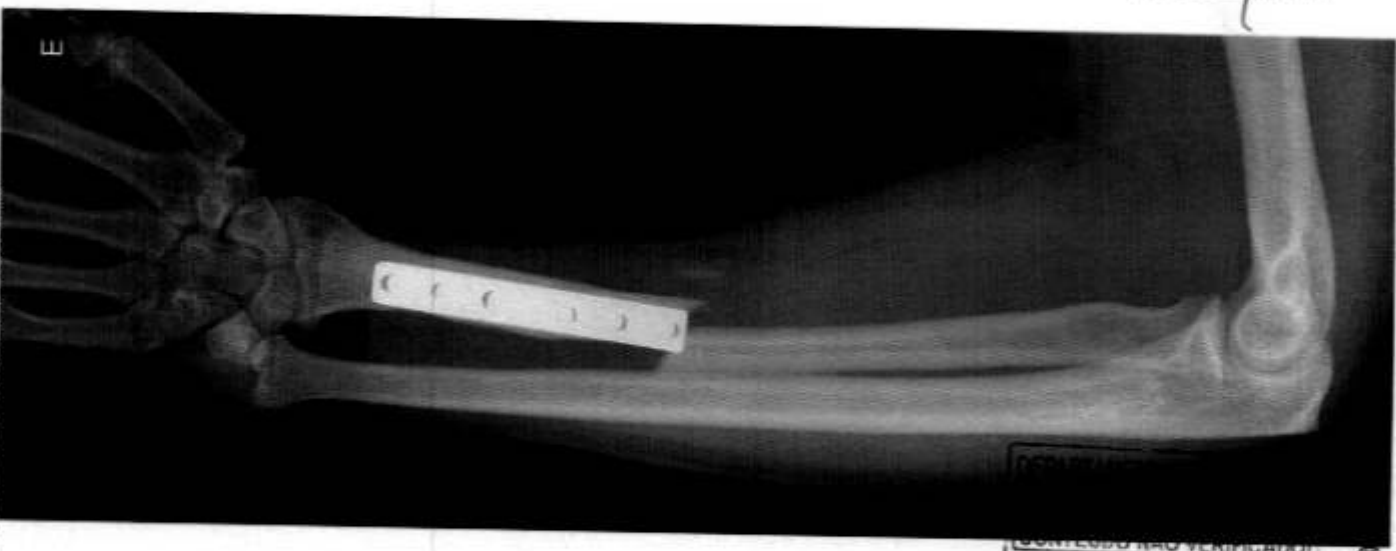
ID: 180836

Paciente: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

Idade: 052Y

Sexo: M

HPM



Luiz Henrique Teixeira - R. 14-TEX PIA
RCPM 10F150113-2 Matr: 14495-9
Cidade: São João del-Rei - MG

CONFÉSSÃO NÃO VERIFICADA
10 SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Mora: 08305
Exame: 180832019



POLICIA MILITAR DO PIAUI
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

NOME: **LUCIDIO GONSALVES DE SOUSA**
MÉDICO
CONVÊNIO: SUS

IDADE: 52 ANOS

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LABTEST

ERITROGRAMA

VALORES ENCONTRADOS

VALORES DE REFERENCIA:

Hemácias em milhões/mm³
Hemoglobina em g/dl
Hematócrito em %

4,20

11,8

38,0

HOMEM

4,5 - 6,5

13,5 - 18,0

40,0 - 54,0

MULHER

3,9 - 5,8

11,5 - 16,4

36,0 - 47,0

OBSERVAÇÕES: Hemácias normocíticas e normocrômicas.

LEUCOGRAMA

VALOR ENCONTRADO

REFERENCIAL

Leucócitos por mm³

5.600

4.000

10.000

Bastões
Segmentados
Eosinófilos
Basófilos
Linfócitos
Monócitos
Metamielócitos
Mielócitos

%

REFERENCIAL

ABSOLUTO

REFERENCIAL

0

3

5

74

50

66

1

2

4

0

0

1

24

20

30

1

4

8

0

0

1

0

0

0

120

500

2000

6600

80

400

0

100

800

3000

160

800

0

0

100

0

0

0

OBSERVAÇÕES:

PLAQUETAS

285.000 mm³

100.000/mm³ - 400.000/mm³

Obs: Plaquetas contadas eletronicamente por impedância elétrica.

OBSERVAÇÕES: Plaquetas Morfologicamente normais e bem distribuídas

Luis Henrique V. G. Mendes, 09/05/2019, 14:45:09
REC-PM 10510-10/2019, Mai, 14495-9
(Assinatura e Selo de Arquivo Técnico)

TERESINA, 19 DE MAIO DE 2019

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
CAP. QOPM - FARMAC. BIOQUIMICO
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF - PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

"HUMANIZANDO E CUIDANDO BEM DA SUA SAÚDE"
Av. Higino Cunha 1642 - Ilhotas - Fone (86) 3216-1256 Fax (86) 3216-1520
CEP. 64.014-090 - Teresina-PI - C.N.P.J. 07.444.159/0002-25 - C.M.C. 035.372-8

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



POLICIA MILITAR DO PIAUI

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

NOME **LUCIDIO GONSALVES DE SOUSA**IDADE : **52 ANOS**

MEDICO

CONVENIO: **SUS**

COAGULOGRAMA

RESULTADO

TEMPO DE SANGRAMENTO:

02 min. 00 seg.

REFERENCIAL:

Até 3 minutos

TEMPO DE COAGULAÇÃO:

08 min. 00 seg.

De 5 min. Até 10 min.

PROVA DO LAÇO:

NEGATIVO

Negativa

RETRAÇÃO DO COÁGULO:

TOTAL

Normal

OBSERVAÇÃO:

GLICOSE

92 mg/dl

70 - 99 mg/dl

UREIA

30 mg/dl

15 - 40 mg/dl

CREATININA

0,8 mg/dl

0,4 - 1,4 mg/dl

Luc. Henrique e Luc. Nelson Reis - TEN PM
RCPM 105.1081 13-21 Mai 14493-9
Cale. 21 Sítio do Arquivo Técnico

TERESINA, 19 DE MAIO DE 2019

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO

CAP. QOPMS - FARMAC. BIOQUÍMICO
CRF / PI 245RAU LINO F. FERREIRA
BIOQUÍMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA

Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

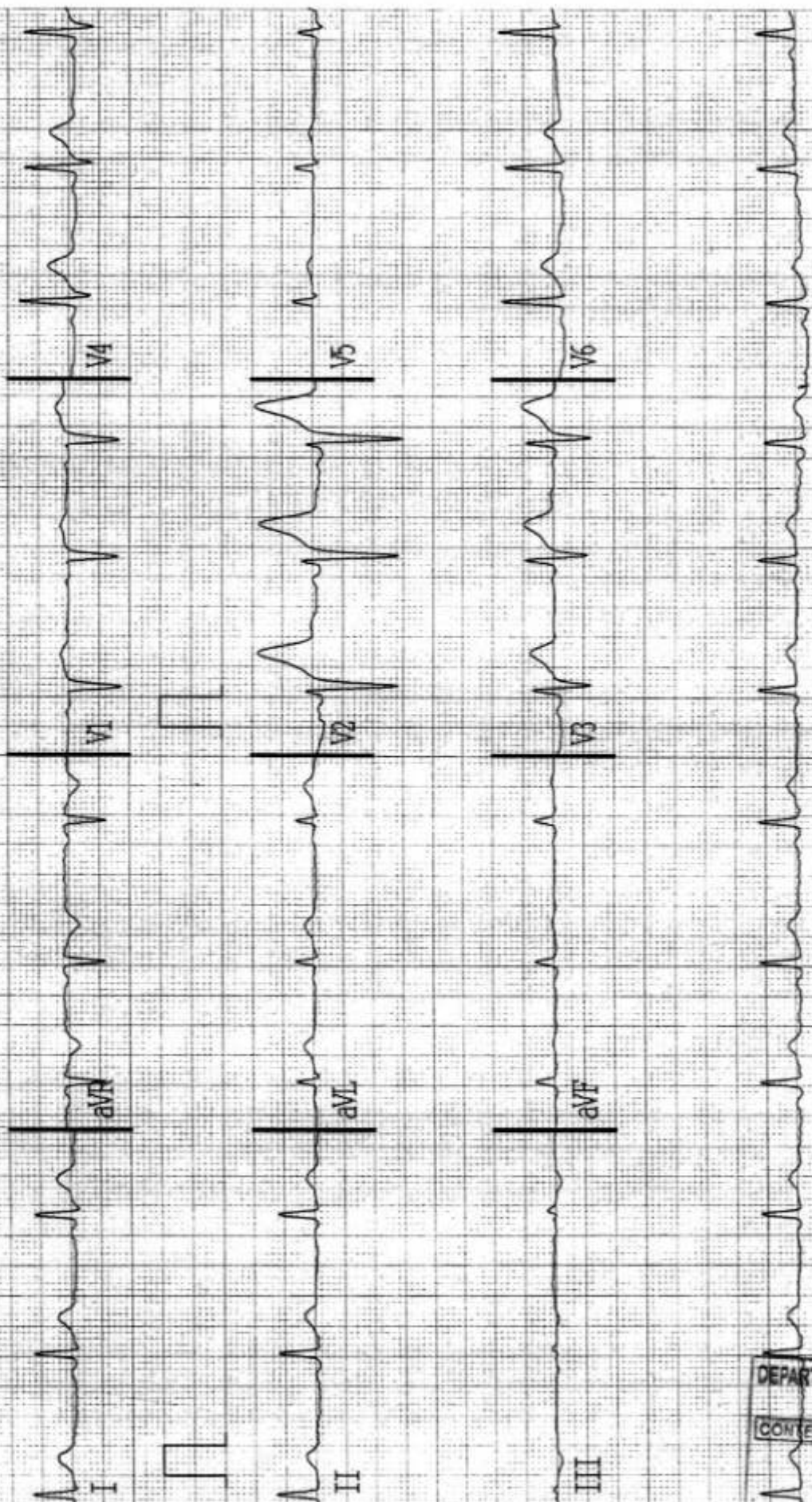
Av. Higino Cunha 1642 - Fone (86) 3216-1240 - Fax (86) 3216-1245
CEP: 64014 - 090 - Teresina-PI. CNPJ: 07.444.159/0002-25 - CMC: 035.372-8

PACIENTE: LUCIDIO GONÇALVES DE SOUSA
 DATA NASCIMENTO: 17/07/1967
 MÉDICO SOLICITANTE: DRª. DARCI

Normal Axis
 [Normal ECG]
 *** Comment ***

QRS dur.: 102 ms
 QT/QTc: 382/400 ms
 P-R-T axes: 20-35-9

Age: 52 yrs. Sex: M
 H: 0cm W: 0kg



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 SET. 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002470

Lucidio Gonçalves de Sousa Reg 1º TEN PM
 RGPM-107056110-20/Mul 14495-9
 Cadeia de Comando de Defesa Técnica

All Channels 10mm/mV 25.0mm/sec. 50Hz. EMG.

BMS Plus - EKG Viewer

Bionet Co. Ltd.