



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 / Traumatologia
CRM-PI 2713 / CRM-MA 3694
TROX - 1004

Teresina 21 de Novembro de 2019

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

UNIDADE JÓQUEI
AV. AVIADOR
IRAPUÃ ROCHA
(86) 3303-7353

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

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

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

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.

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

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSÍTESE 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

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSÍTESE 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



Vermelho

FICHA DE ATENDIMENTO

CONTROLE: SERVIDOR: *Larla* DATA: *17/05/19* HORA: *08:52*

01. DADOS DO PACIENTE:

NOME: *Leandro Gonçalves da Silva* DN: *17/03/67* ID: *52* SEXO: *M*

NOME DA MÃE: *Maria Rodrigues da Silva*

CNS: RG: *11-40049* CONTATO: *95411467*

ENDERECO: *Rua Santo Antônio, 1608* CEP: *64120000*

BAIRRO: *Bela Rio Rio* CIDADE: *União* UF: *PI*

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. 02: 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 *laringite astórica, com*
brônquio apertado em prumo esquerdo.

04. EXAMES COMPLEMENTARES LABORATORIAL RX US

05. DIAGNÓSTICO

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: *07/07/19* DEPARTAMENTO DE SINISTROS
10/07/19 DPVAT

06. PRESCRIÇÃO MÉDICA

Orde ferme - crm 1741, 30:04

ANTONIA R. CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

07. CONDUTA

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

08. HORA/SAÍDA URGÊNCIA EMERGÊNCIA NÃO URGÊNCIA

MÉDICO/CRM:



Carlos E. S. Melo
CRM-PI
CRM-1741, PI

ENFERMEIRO(A)/COREN:

PACIENTE:



MÉDICO CRM:

ENFERMEIRO(A)
COREN:

Almonda Fumilys Gonçalves Souza

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
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, 455 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 31/07/2019

Setor do Arquivo Técnico do HPMPI

Luis Henrique Vazquez da Aveira TEN PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPMPI
RG: 105196193-2 Mat: 14405-0

NOME DO PACIENTE:

Aurélio Gouveiares de Sá

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

479799/19

Obs: Não fornecemos 2ª via.

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

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

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 206517 AIII: 2219100374007
FORMA DE ENTRADA: ESTADUAL		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRceu ARCOVERDE - HPM	CNES 2323451	
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRceu ARCOVERDE - HPM	CNES 2323451	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
CARTAO SUS 801110176151986	NOME DO PACIENTE LUCÍDIO GONÇALVES DE SOUZA	
DOCUMENTO CPF 86995711867	TELEFONE 86995711867	NOME DA MÃE MARIA RODRIGUES DE SOUZA
CEP 5170972	ENDERECO - LOGRADOURO RUA SANTO ANTONIO	
BAIRRO FEIRA RIO	COMPLEMENTO	MUNICIPIO UNIAO
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS		

UNIAO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNOSTICO INICIAL
S52.5 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

CID 10 SECUNDARIO CID 10 CAUSAS ASOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO
COD/DESCRICAO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0408030-E31 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RÁDIO DA ULNA

Luis Henrique Menezes Pinto - TEN PH
RCPM 10-11-00-02-0000 14495-9
Caixa de Seguros, T...
Cachoeira, BA

LEITO CLÍNICA

ORTOPEDIATRICALUMINATOR.COM

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/INÍCIO DO CONSELHO)

Capítulo

URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO
11/05/2010

ALCIMAR VIEIRAS VIANA

— 10 —

DATA ADDRESS
19905.2019.2148

1000 J. Neurosci., November 1, 2006 • 26(44):9992–10003

**MOTIVO ALTA
MELHORADA**

CPF: 59914087383

100

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA) **CBOR NATUREZA DA LESÃO**

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO)

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER		CONTROLE AVAÇO
AUDITORIA		DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CPF		BPVAT
CRM		CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 SET 2010		

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

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

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

2 - CNES

2323451

Atendimento

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

4 - CNES

2323451

976405

Identificação do Paciente

5 - Nome: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

6 - Prontuário: 479799

7 - CNS: 801440426154946 8 - Nascimento: 17/03/1967 9 - Sexo: M CPF:
 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 1508 BEIRA RIO 19 - CEP: 64120-972
 16 - Munic: UNIAO 17 - Cod. IBGE: 221110 18 - UF: PI RG: 11100-19

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

*Glauco com dor
no punho*

Justificativa da Internação

21 - Condições que justificam a Internação:

Do

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

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: S525 25 - Cid Sec.: _____ 26 - Cid C.Ass.: _____

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Luis Henrique Vilela Sales Reis 1º TEN PM
RCPM 10/F 15/01/13-21 Mat: 14485-9
(Assinatura de Seguro de Risco Técnico)

Procedimento Solicitado

0408020440

Tempo SUS

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0408020440 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISÁRIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

29 - Clínica: POSTO II 30 - Carater: Ident.: 31 - Documento: 32 Doc. Med. Solic.

02 1 CPF 16778699841

33 - Nome Profissional / Assistente
LEANDRO PONCE LEAL34 - Data de Solicitação:
17/05/2019

Vila

Dr. Alciomar Vilela Sales Reis 1º TEN PM

Clínica do Operário e Cid 01-02

TEOT-10462

35 - ABM - Cid 01-02

Dr. Alciomar Vilela Sales Reis 1º TEN PM

Clínica do Operário e Cid 01-02

TEOT-10462

36 - () Acidente de Trânsito.

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

38 - () Acidente de Trabalho Trajeto.

41 - Serie

42 - N.º Bilhete.

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

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

Autorização

47 - Data Autorização:

06/05/19

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Mendes

DRCA/PRMS

131785-472-4

150008

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

10/05/2019

Amanda Emillyn Gonçalves Souza

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 6510 apto 101
Centro - Norte CEP: 64.002470
ROMARIO SANTOS
Assinatura Local: _____
Consulta SUS: _____
Impressão: _____
21:38:46



Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL

SIM NÃO

IDEAM OUTROS HOSPITAIS

SIM NÃO

CLÍNICA

Médico Assistente

Permanência

CLÍNICA

FICHA DE PRONTUÁRIO

17/05/2019

Pront.: 479799

Nome: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

Nasc.: 17/03/1967 Sexo: M

Convênio: SUS - INTERNACAO

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.

*Almada com traume
no Antebraço*

DIAGNÓSTICO

Provisório:

Fractura de Rádio

Principal:

Osteomartite radio

CID S525

Procedimento:

Sintomas e Sinais Principais

Dor

Causa Médica

Histo - Patológico:

Luis Henrique - Prof. Téc. Reg. 1º TEN PM
RQPM 1251981/13-2 Mat. 14493-9
Cadastra Seta do Arquivo Técnico

TRATAMENTO

Tipo:

- Nenhuma
- Médico
- Cirurgia
- Médico Cirúrgico

Terapêutica Médica

Operação

Eficácia

- Nenhuma
- Médico
- Cirurgia
- Médico Cirúrgico

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

Data da Alta:

31/05/2019

Data da Hospitalização

/ /

ALTA

Saída

- Curado
- Melhorado
- Inalterado
- A Pedido
- Internação p/ Diagnóstico

- Divisão Médica
- Por Indisciplina
- Evasão
- P. Ambulatório

Transferência

- Fisiologia
- Psiquiatria
- Outros

Óbito

- 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 de internação

THE ____ / ____ / ____

Assinatura: *Dr. Alciomar Veras Viana*

10 SET. 2019

Dr. Alciomar Veras Viana
Praça do Ouro e Cia Ltda
TEUT 10462

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

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"
Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1456 - Fax: (86) 3216-1520

CEP: 64014-090 - Teresina - PI - CNPJ: 07.444.159/0002-25 - CMC: 035.372-8 Centro - Norte CEP: 64.002-470



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



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 20/03/2019
Nº DO PRONTUÁRIO 474799 SALA 02
CÓD DA CIRURGIA:

Descrição da Cirurgia:

① Pct em sol 11/05 ilogio
② Fratura no antebraço e
③ Redução placa
④ Redução da frt antebraço
⑤ Sutura com placa e parafuso
⑥ Sutura

Luis Henrique de Melo Reis 1º TEN PM
RGPM 1051501173-2 Mat. 14485-9
Cadeia de Bals do Araguaia Técnic

Dr. Alciomar Veras Viana
Cirurgia do Ombro e Coxa
CRM: 2631 / Especialista 10462

Cirurgia: Dr. Alciomar Veras Viana
Cirurgião: Alciomar Veras

1º Auxiliar: -

2º Auxiliar: -

3º Auxiliar: -

Instrumentador: RCT Dr. Alciomar Veras
Eletromiografia
COREN-PI N.º 001.074.961

Circulante: Inez
Inez 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: 64.002-470


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 - UCAR
CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERI

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA: 12/10/16 HORA: _____ Nº DO TELEFONE: _____
 HOSPITAL SOLICITANTE: _____ MUNICÍPIO: _____
 CRM: _____
 VÉZICO: _____

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

Obstétrico Trauma Clínico Cirúrgico Pediátrico Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Juliana Evangelista
 Data de Nascimento: _____ Idade: _____ anos
 CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde: _____

Município de Procedência

MCA (Município com atendimento consultivo em Kárdio da Rua 55, 39000-000);
 com atuação neuropsiquiátrica e geriatrica no novo bairro (Fazenda Novo Horizonte em
 2011); Sócio assistencial (estagiária);
 Telos do Rua 8 no número: 9952 4763 CID: _____

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- 1 - Espontânea
- 2 - Comandos
- 3 - A dor
- 4 - 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 retracção
- 3 - Flexão anormal
- 2 - Extensão anormal
- 1 - Nenhuma

SINAIS VITIAIS

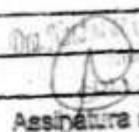
T.p. 36,5 °C P. 120 mm Hg S. 99 mmHg Sat O₂: 99 Glicemia: mg/dL
 P. 120 mm Hg S. 99 mmHg Sat O₂: 99 Glicemia: mg/dL

Luis Henrique de Souza Res. 1º TEN PM
 RGPM 10119413-2 Mat. 14485-9
 Cada 200g do Arquivo Trabalho

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

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

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

 Assinatura e carimbo do Médico	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO
10 SET. 2019	

HOSPITAL DE DESTINO

Hospit. U.P.M (Hospital de Paineiras Realton)

Clinica/Posto: _____

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

Senha: 201603



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



RISCO CIRÚRGICO CLÍNICO E CARDIOLÓGICO

204-3

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME

2. CIRURGIA PROPOSTA:

3. REVISÃO/ANTECEDENTES (S/N)

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

COMENTÁRIOS:

José Gomes de Souza

IDADE: 52

SEXO M () F ()

DATA: 20/5/19

02/05/2019

4. EXAME FÍSICO - IMPRESSÃO GERAL

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

b) Aparelho respiratório - Expansibilidade: *Normal* MV: *15* FTV: *100*

Ruidos Advertidos: SIM () NÃO ()

c) Aparelho circulatório: PA: *100/70* mmhg Pulsos: *88* FC: *70*

Inspeção e palpação: *Normal* Ausculta RC: *1/2* Bulhas: *0*

d) Abdomen - Pelve: *Normal*

5. ÍNDICE DE REFERÊNCIA

a) ÍNDICE DE RISCO CARDÍACO (DETSKY, 1986)

10 Infarto agudo do miocárdio nos últimos 6m

5 Infarto agudo do miocárdio há mais de 6m

10 Angina classe III (CCS*), limitação

importante às atividades físicas diárias

20 Angina classe IV (CCS), angina nos mínimos

Esforsos ou repouso

10 Angina instável nos últimos 6m

10 Edema pulmonar na última semana

<15 pts: Baixo risco de complicações

>15 pts: Alto risco de complicações

CONCLUSÃO:

5 Edema pulmonar no passado

20 Estenose aórtica crítica

5 ECG recente c/ ritmo não-sinusai
ou extra-sístole atrial

5 Estado geral precário

5 Idade > 70 anos

10 Cirurgia de emergência

*CCS: Canadian Cardiovascular Society

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. sistêmica grave/lim. da ativ./não incapacitante

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

CONCLUSÃO:

c) AMERICAN SOCIETY OF ANESTESIOLOGY (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-sinusai/ 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) comp. 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/Plaq.

38/118/285

2. Leuco/Bt/Seg: 5/0/24

3. Glicose: 123

50/6-9

4. Ur/Cr: 2/3

5. TS/TC: 2/3

6. TGO/TGP:

7. Tropo/Ckmb:

8. ECG: 1/2

9. Urina-I:

10. ECO 2D:

11. USom:

12. RX Tórax:

13. TC/RNM:

Luis Henrique da Costa Reis 1-TEN PM
RCPO 107/09/170-21 Mat 14405-9
Data: 10 Set. de 2019 Técnic

Dr. Francisco T. 11ma
Cardiologista
Clínica M.
034-12101
1715
282

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019
Hospital Dirceu Arcoverde da Polícia Militar do Piauí -
HPPM

GENTE SEGURO DA PIAUÍ S.A.

Rua Cel. M. 034-220, Teresina - PI

Fone: (86) 3228-1500

Centro: 0344-1200 - 0344-9600 - 0344-092470

CNPJ: 07.344.120/0001-66 CNPJ: 04.092470/0001-66



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

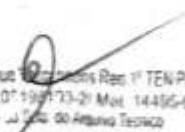
RX ANTEBRAÇO ESQUERDO

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.

Luis Henrique de Oliveira Reg. 1º TEN PM
 RGPM 107.196.973-21 Mat. 14456-9
 Criei:  00 Arquivo Técnico

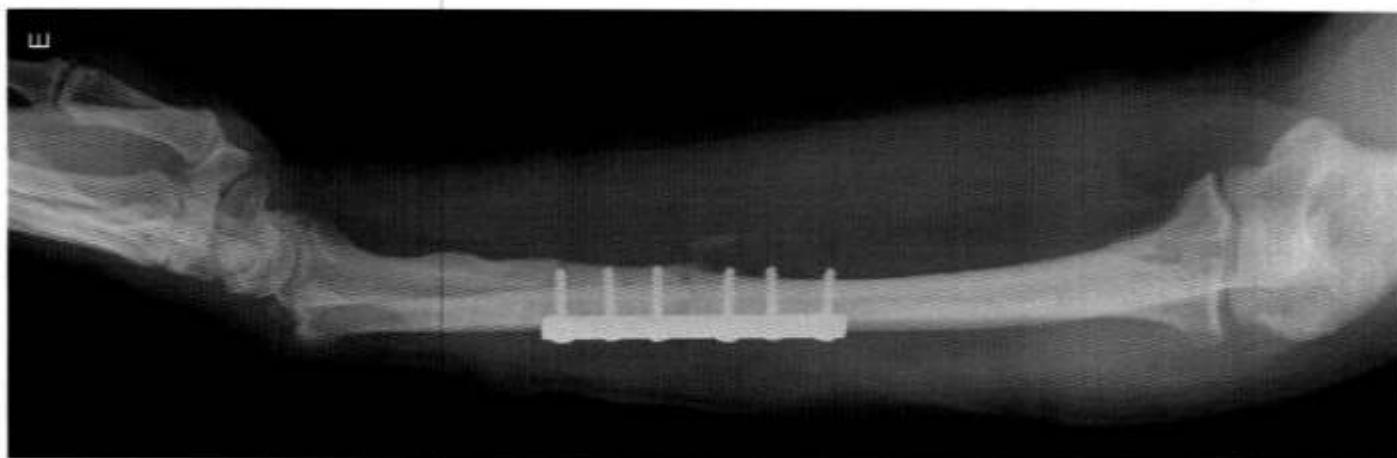
Ivan Gomes

IVAN FONTELE GOMES
CRM 2426-PI
CRM

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

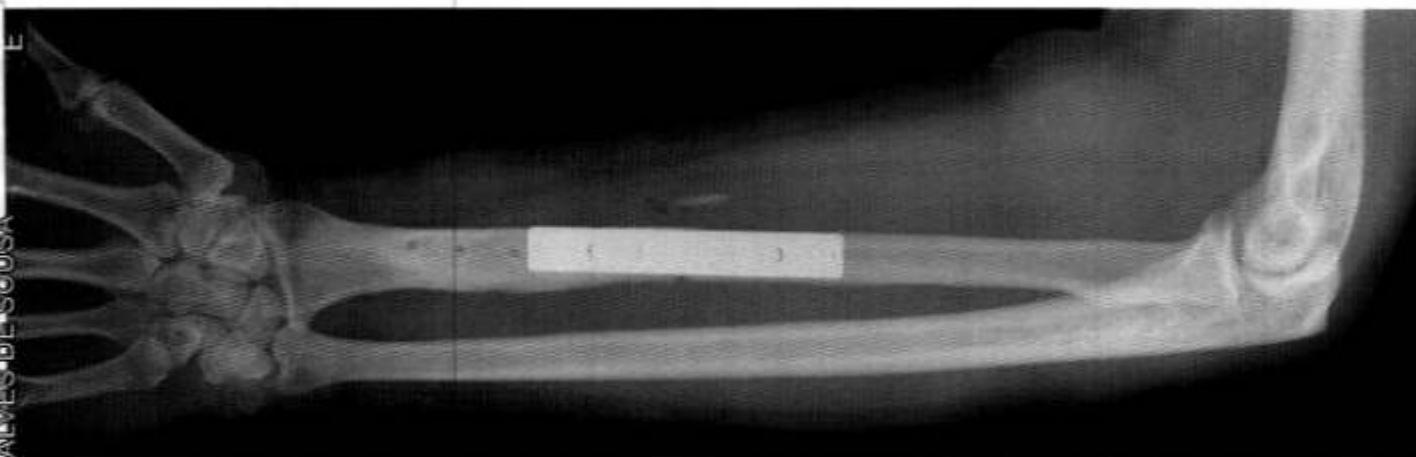
GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002470



HPM



Q
Luc Henrique Viana dos Reis 1º TEN PM
RC/PM 105.1501.71-2 Mat. 14435-9
Cadeia de S. Bento da Arpoador Testeiro



ID: INT01_310519
Paciente: LUCÍDIO GONÇALVES DE SOUSA
Idade: 052Y
Sexo: M

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

Horas: 07:20
Exame: 31/05/2019



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.

[Signature]
Luis Henrique de Oliveira Ribeiro 1º TEN PM
RC PM 105161-110-2- Mat 14493-9
Cidade - Rua do Arquão 1000

[Signature]
NAYRA VIRGINIA S. COSTA
CRM-PI 3326

NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA
CRM: 3326

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

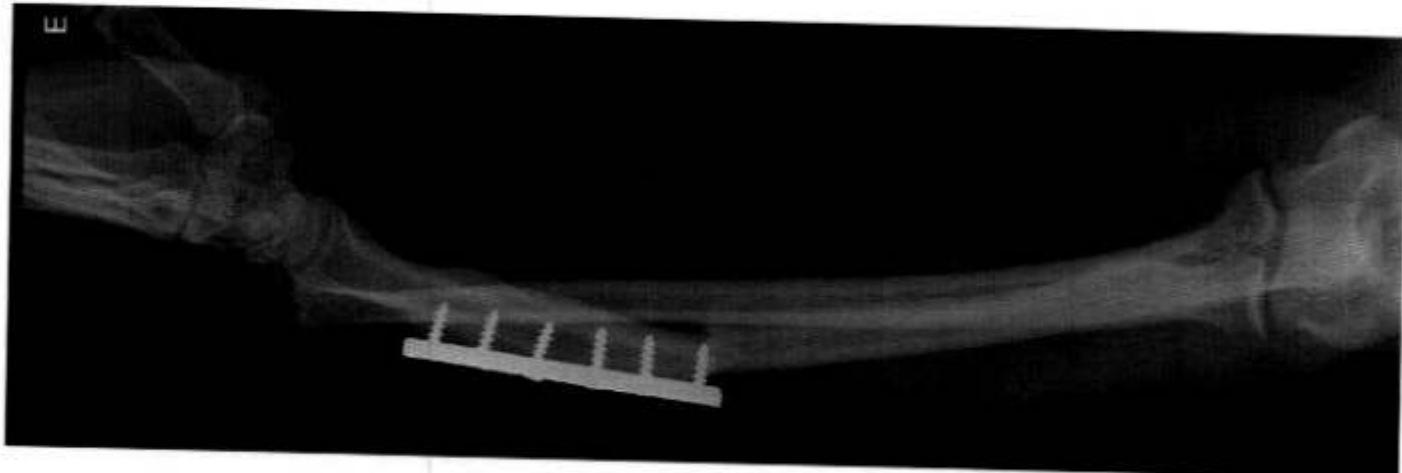
Telefone: (86) 3216-1520
Fax (86) 3216-1520
[REDACTED]

10 SET. 2019

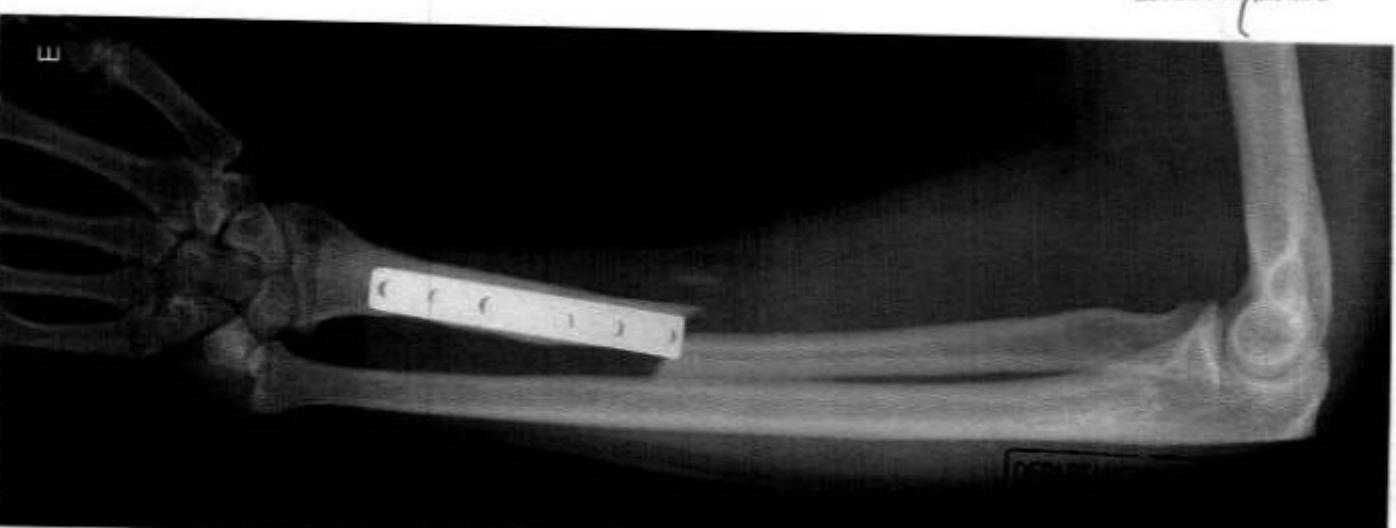
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

HFM

ID: 160886
Paciente: LUCÍDIO CONCALVES DE SOUSA
Idade: 052Y
Sexo: M



Luz Henrique Viana de Oliveira - H-FEN PM
ROPA: 105150113-2 Mat: 14480-9
Caren - Sócio da Equipe Fisica



CONTEÚDO FICOU VERIFICADO	
10 SET. 2019	
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470	
Horas: 08:05	Exame: 16/05/2019



POLICIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

304-03

NOME: LUCÍDIO GONSALVES DE SOUSA
MÉDICO
CONVÉNIO: SUS

IDADE: 52 ANOS

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LABTEST

ERITROGRAMA	VALORES ENCONTRADOS	VALORES DE REFERENCIA:	
		HOMEM	MULHER
Hemácias em milhões/mm ³	4,20	4,5 - 6,5	3,9 - 5,8
Hemoglobina em g/dl	11,8	13,5 - 18,0	11,5 - 16,4
Hematóccrito em %	38,0	40,0 - 54,0	36,0 - 47,0

OBSERVACÕES: Hemácias normocíticas e normocrônicas.

LEUCOGRAMA

Leucócitos por mm ³	VALOR ENCONTRADO			REFERENCIAL	
	5.600			4.000	10.000
Bastões	0	3	5		120 500
Segmentados	74	50	66		2000 6600
Eosinófilos	1	2	4		80 400
Basófilos	0	0	1		0 100
Linfócitos	24	20	30		800 3000
Monócitos	1	4	8		160 800
Metamielócitos	0	0	1	0	0 100
Mielócitos	0	0	0	0	0 0

OBSERVAÇÕES:

BLAQUETAS

• **PLAQUETAS** São placas contadas eletronicamente por impedância elétrica.

OPERAÇÕES: Placetas Morfológicamente normais e bem distribuídas

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

MENTO DE RELAÇÕES

CONTUDO NÃO VERIFICADO

"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

10 SET 2019

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

POLICIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



NOME: **LUCIDIO GONCALVES 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

Luis Henrique V. de Melo Res. - TEN PM
 RGPM 105.1601.10-21 Mat. 14483-9
 Cadeia 25 Setor do Arquivo Técnico

TERESINA, 19 DE MAIO DE 2019

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
 CAP. QOPMS - FARMAC. BIOQUÍMICO
 CRF / PI 245

RAULINO F. FERREIRA
 BIOQUÍMICO
 CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
 Farmacêutico-Bioquímico
 CRF-PI 0985

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

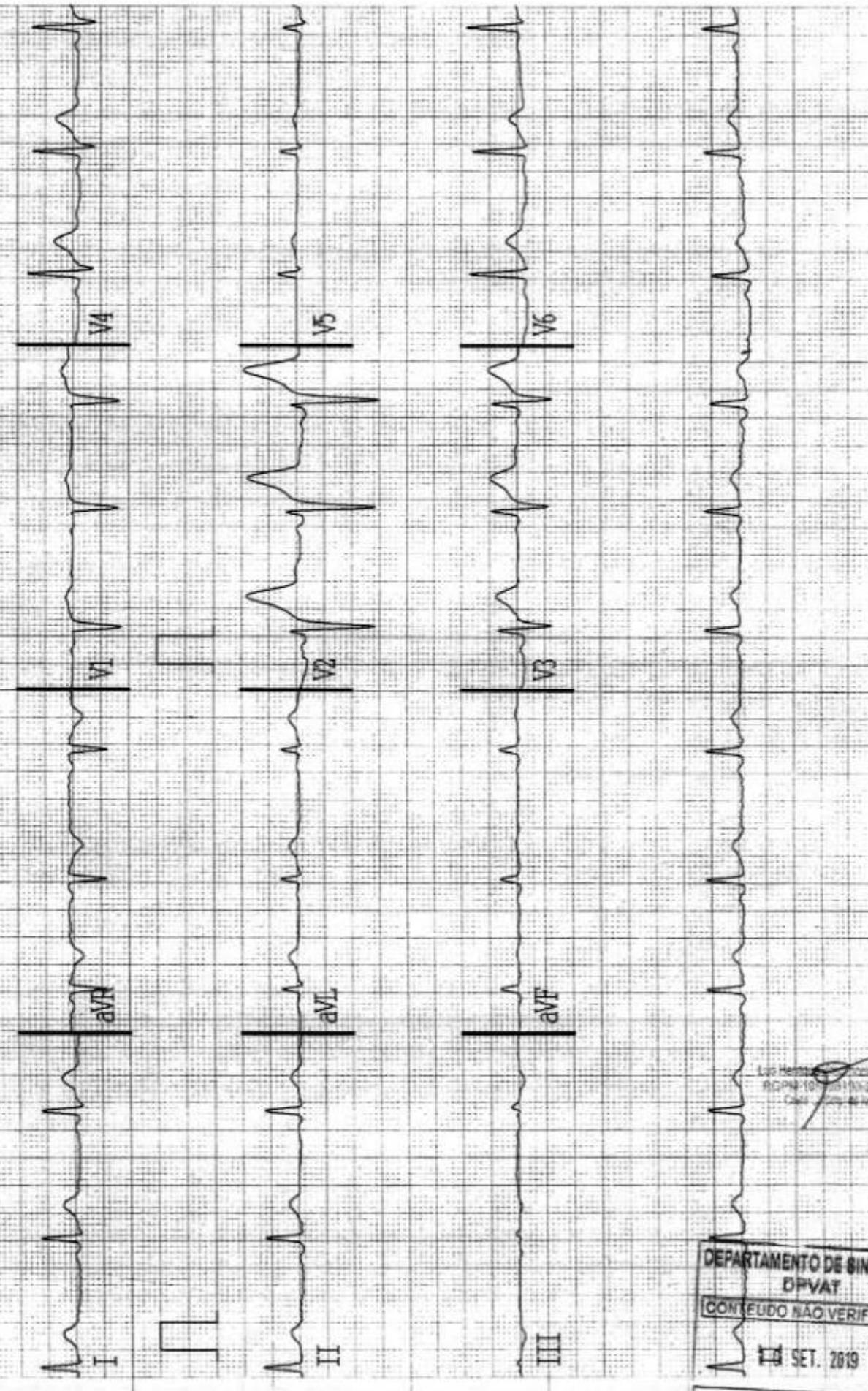
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"
 Av. Higino Cunha 1642 - Fone (86) 3216-1240 - Fax (86) 3216-1245
 CEP: 64014 - 090 - Teresina-PI. CNPJ: 07.444.159/0002-25 - CMC: 035.372-8

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

PACIENTE: LUCÍDIO GONÇALVES DE SOUSA
DATA NASCIMENTO: 17/07/1967
MÉDICO SOLICITANTE: DRº. DARCI

Name : Lucídio Gonçalves de Sousa
Age : 52 yrs. Sex: M
H : 0cm W : 0kg
QRS dur: 102 ms
QT/QTc: 382/400 ms
P-R-T axes: 20-35-9

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



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
[CONTEÚDO NÃO VERIFICADO]
10 SET. 2019
0.1Hz, 50Hz, EMG.

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

All Channels: 10mm/mV
25.0mm/sec.

BMS Plus - EKG Viewer

Bionet Co.,Ltd.



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 1.110.019 DATA DE EXPEDIÇÃO: 24/06/63

Nome: LUCÍDIO 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 MORAES

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89250/83

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





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 1.110.019 DATA DE EXPEDIÇÃO: 24/06/63

Nome: LUCÍDIO 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 MORAES

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89250/83

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



PROTÓCOLO 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

Data do acidente: 17/05/2019

Titular do CPF: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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 médica-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

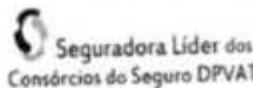
Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

Ozeas Chaves Vieira Junior

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411514/19

Vitima: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

CPF: 169.951.488-78

Data do acidente: 17/05/2019

Titular do CPF: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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 médica-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

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	LUCÍNIO GONÇALVES 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.**

UNI45-73, 09 de Setembro

OUTORGANTE

10 Sec. 2619

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

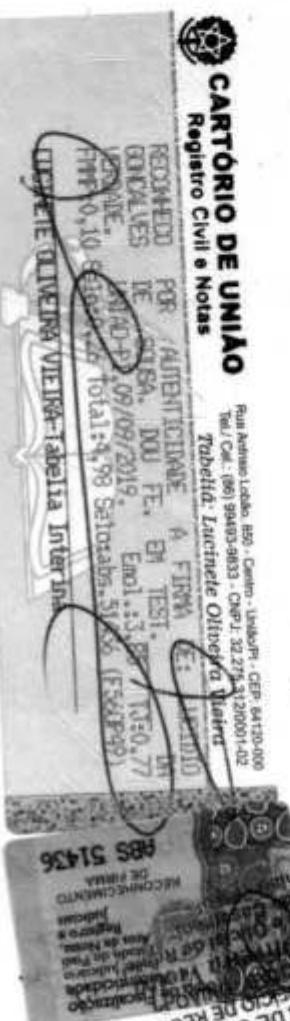
PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL "AD NEGOTIA"

OUTORGANTE	<i>LUCÍDIO GONÇALVES DE SOUSA</i>		
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	<i>UNIÃO - PI</i>		

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.**



UNIÃO - PI, 09 de Setembro

OUTORGANTE

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0313615/19

Vítima: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

CPF: 169.951.488-78

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/05/2019

Titular do CPF: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/05/2019

Titular do CPF: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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:

LUCÍDIO GONÇALVES 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:

LUCÍDIO GONÇALVES DE SOUSA

6 - CPE:

169 951 488-78

7 - Profissão:

RECUSO

8 - Endereço:

R. SANTO ANTONIO

9 - Número:

1508

10 - Complemento:

11 - Bairro:

BEIRA RIO

12 - Cidade:

VILA DO

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

64120 000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(061) 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:

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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

(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 Lider 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 Lider para a 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 (ve/nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou

país/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem, 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

10 SET. 2019

40 - Local e Data,

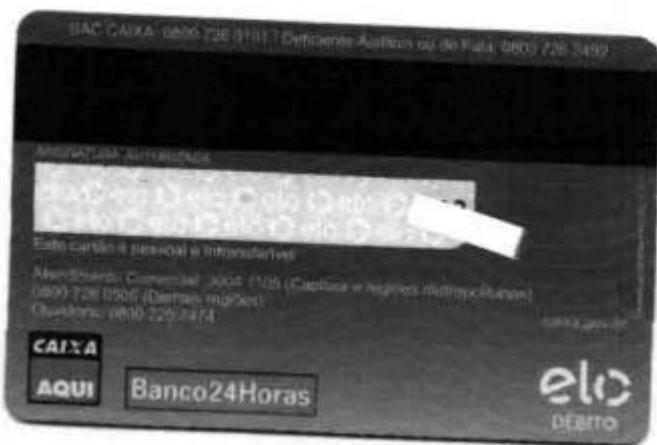
VILA DO 09/09/2019

LUCÍDIO GONÇALVES DE SOUSA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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

Data/Hora

20º DP - UNIÃO

17/05/2019 - 08:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

UNIÃO

Endereço

RUA SEZOSTRE CORREA, Nº:

Complemento

Bairro

546828

CENTRO

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

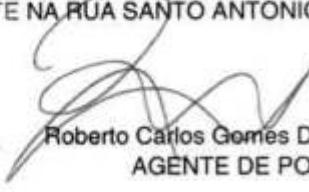
NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

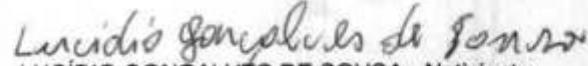
Natureza(s) da Ocorrência

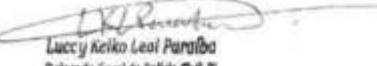
1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

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 - Noticiante
Responsável pela Informação


Luccy Keiko Leal Paráiba
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7

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

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:

LUCÍDIO GONÇALVES 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:

LUCÍDIO GONÇALVES DE SOUSA

6 - CPE:

169 951 488-78

7 - Profissão:

RECUSO

8 - Endereço:

R. SAVIO ANTONIO

9 - Número:

1509

10 - Complemento:

11 - Bairro:

BEIRA RIO

12 - Cidade:

UNIÃO

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

64120 000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

081 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:

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

Autorizo a Seguradora Lider 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 (IM) 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 Lider para a 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, informar

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

teve filhos?

Sim

Não

Vivos: Falecidos:

Sim

Não

nasceu (vai nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Sim

Não

Vivos: Falecidos:

Sim

Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONCLUIDO NAO VERIFICADO
10 SET. 2019

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

UNIÃO - PI 09/09/2019

Lucídio Gonçalves de Sousa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Vermelho

FICHA DE ATENDIMENTO

CONTROLE:

SERVIDOR: Carla

DATA: 17/05/19

HORA: 08:52

01. DADOS DO PACIENTE:

NOME: *Guercio Gonçalves de Souza*
NOME DA MÃE: *Maria Rodrigues de Souza*

CNS: RG: 1140049

DN: 17/03/67 ID: 520000000000000000 SEXO: M

ENDEREÇO: *Rua Santo Antônio, 1508* CEP: *64120000*
BAIRRO: *Braga Rio Preto* CIDADE: *União* UF: *PI*

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. 02: 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 *Diante de toxicose, com*
problema na parte superior esquerda.

04. EXAMES COMPLEMENTARES LABORATORIAL RX US

05. DIAGNÓSTICO

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: 08/05/19 DEPARTAMENTO DE SINISTROS
M. S. D. OPVAT

ANTONIA R. CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

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

06. PRESCRIÇÃO MÉDICA

D. de fum - Olho L. JM, *eletrônico* 10:04

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

08. HORA/SAÍDA

URGÊNCIA EMERGÊNCIA NÃO URGÊNCIA

MÉDICO/CRM:



Carolina Sampaio Melo
CRM-PI 11.500
CRM-PI

ENFERMEIRO(A)/COREN:

PACIENTE:

MÉDICO
CRM:

ENFERMEIRO(A)
COREN:

Almonda Emilyn Gonçalves Souza

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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

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

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

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.

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT**
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

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

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

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.746/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 04/98

Nº da Nota Fiscal

26950451

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.430 de 29 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: 00055413301391
CEP: 64.120-000 - UNIAO, kWh

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	Código de Irregularidade:	32

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

HISTÓRICO kWh/mês/ano consumo		DESCRÍPCAO DA CONTA		
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 SEM TRIBUTOS:				
8 A 131 - 0,655318				

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

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

Você pode pagar suas dívidas de vencimento da sua fatura entre dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato para pagar suas dívidas de vencimento.

RESERVADO AO FISCO DD61.90AD.E6AB.C545.71A5.B8CF.BB25.5E0A

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	25,13	Base de Cálculo:	119,49
Energia:	48,52	Aliquota ICMS:	93,20
Transmissão:	8,20	Valor do ICMS:	22,00%
Encargos:	4,01	Valor do PIS:	26,28
Tributos:	33,63	Valor do COFINS:	1,40% 1,31
			6,49% 6,04

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIC		VIC		DHC		DICR
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Limite	7,27	14,53	29,06	3,68	7,35	14,70	4,14
Realizada	0,00			0,00			0,00

Conjunto: UNIAO Período de
apuração: 07/2019 FUSO: 44,26

ROT: 251.070.07.82.247100

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$

137,38

equatorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.746/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

MÊS FATURADO

09/2019

VENCIMENTO

25/09/2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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.: 01
LEITURA: 2972 NORMAL TOTAL: 137,38 CARGA: 003
DT.VENC.: 25/09/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 3811

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

Para contato
concessionária, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO
0174645-6

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2019	05-09-2019	256	287,25

JOSE GONCALVES SILVA
R. SANTO ANTONIO 1508 1524 BEIRA RIO

CPF: 000003571467353

DATA DE LEITURA: 29/08/2019

DATA DE LEITURA: 29/08/2019

Atual:

Anterior: 6106

Constante de Multiplicação: 5850

Consumo Médio: 1.000

Consumo Faturado: 256

Forma de Faturamento: 256 de Irregular

DATAS DA LEITURA:

Atual: 29/08/2019

Anterior: 29/08/2019

Próxima Leitura: 30-07-2019

Emissão: 28-09-2019

Apresentação: 28-08-2019

Dias de Consumo: 29-08-2019

NORMA: 30

RADAR DA UNIDADE DE CONSUMIDOR: 30

Classe/Subclasse: NORMA

Unidade: NORMA

Número Medidor: Poste

Código Faz.: Média 12 meses

RESIDENCIAL: 237

Mês/ano consumo: 237

JUL/19 266

JUN/19 254

MAI/19 243

ABR/19 248

MAR/19 233

FEV/19 217

JAN/19 215

DEZ/18 229

NOV/18 236

OUT/18 245

TARIFA SEM TRIBUTOS:

8 A 256 - 0,6544%

CONSUMO 256 A R\$ 0,973442 = 249,20

CONTR. ILUMINACAO PUB. (CDSIP) 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

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

COMO DELEGAÇÃO DA CONTA - R\$

8563.6F7C.4AE1.0051.A900.F910.2619.38C6

Distribuição:

Energia: 49,01

Transmissão: 94,70

Encargos: 16,01

Tributos: 7,54

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

81,04

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.746/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 04/98

Nº da Nota Fiscal

26950451

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.430 de 29 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: 00055413301391
CEP: 64.120-000 - UNIAO, kWh

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	Código de Irregularidade:	32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A2041613	1.1.1.1	136	

HISTÓRICO kWh/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 SEM TRIBUTOS: 8 A 131 - 0,655318					

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

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

Você pode pagar suas dívidas de vencimento da sua fatura entre dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato para negociação das dívidas de vencimento.

RESERVADO AO FISCO DD61.90AD.E6AB.C545.71A5.B8CF.BB25.5E0A

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	25,13	Base de Cálculo:	119,49
Energia:	48,52	Aliquota ICMS:	93,20
Transmissão:	8,20	Valor do ICMS:	22,00%
Encargos:	4,01	Valor do PIS:	26,28
Tributos:	33,63	Valor do COFINS:	1,40% 1,31
			6,49% 6,04

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIC		VIC		DHC		DICR
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Limite	7,27	14,53	29,06	3,68	7,35	14,70	4,14
Realizada	0,00			0,00			0,00

Período de
apuração: 07/2019 FUSO: 44,26

ROT: 251.070.07.82.247100

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$

137,38

equatorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.746/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

MÊS FATURADO

09/2019

VENCIMENTO

25/09/2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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.: 01
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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR 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 038 077 223-100 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário inscrito (a) no CPF sob o Nº 169951488-78, da Vítima Lucenio Goncalves de Souza do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ inscrito (a) no CPF sob o Nº 169951488-78, conforme determinação da Circular Susep 445/12: Declaro Profissão: RECOLTO 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>R. São Felipe</u>	Número:	<u>51</u>	Complemento:
Bairro:	<u>ZONA RURAL</u>	Cidade:	<u>VIAMÃO</u>	Estado:
E-mail:				
	CEP: <u>64120 000</u>			
	Tel.(DDD): <u>(66) 9.95005512</u>			

Local e Data:

Viamão - RS 08/09/2019

Assinatura do Declarante

Maycon Jackson Silva de Castro

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

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR 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 038 077 223-100 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário inscrito (a) no CPF sob o Nº 169 951 488-78, da Vítima Lucenio Gonçalves de Souza do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ inscrito (a) no CPF sob o Nº 169 951 488-178, conforme determinação da Circular Susep 445/12: Declaro Profissão: RECOLTO 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>R. São Felipe</u>	Número:	<u>51</u>	Complemento:
Bairro:	<u>ZONA RURAL</u>	Cidade:	<u>VIAMÃO</u>	Estado:
E-mail:				
	CEP: <u>64120 000</u>			
	Tel.(DDD): <u>(16) 9.95005512</u>			

Local e Data:

Viamão - RS 08/09/2019

Assinatura do Declarante

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

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: (800) 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 LOBÃO 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

LUCÍDIO GONÇALVES DE SOUSA, cujo o condutor era

LUCÍDIO GONÇALVES DE SOUSA.

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

Placa: PIH 1256 Chassi: 9C2ZC4110FR207561

Data do Acidente: 17/05/2019

Local e Data: UNIÃO - PI 10/09/2019

 Dalviane Lobão da cruz

Assinatura do Declarante

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

 Lucídio Gonçalves de Sousa

Assinatura do Condutor

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

COMARCA DE UNIÃO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
CIVIL E DE NOTAS
Lucinete Oliveira
Escrivária Pública e Oficial
Cível e do Crédito
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

Tabeliã: Lucinete Oliveira Vieira

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE AS FIRMAS DE: DALVIANE
LOBAO DA CRUZ E LUCÍDIO GONÇALVES DE SOUSA, DOLFE, EM
TESTIMONIO DA VERDADE. UNIÃO PI, 10/09/2019.
Escr.: 10/09/2019. FMF: 0,20 Belo: 0,52 Total: 9,70
Selos: 10/09/2019 ARS 51545 (FIRMA)

LUCINETE OLIVEIRA VIEIRA-Tabeliã 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: (800) 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 LOBÃO 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

LUCÍDIO GONÇALVES DE SOUSA, cujo o condutor era

LUCÍDIO GONÇALVES DE SOUSA.

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

Placa: PIH 1256 Chassi: 9C2ZC4110FR207561

Data do Acidente: 17/05/2019

Local e Data: UNIÃO - PI 10/09/2019

 Dalviane Lobão da cruz

Assinatura do Declarante

 Lucídio Gonçalves de Souza

Assinatura do Condutor

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

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

COMARCA DE UNIÃO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
CIVIL E DE NOTAS
Lucinete Oliveira
Escrivária Pública e Oficial
Cível e do Crédito
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

Tabeliã: Lucinete Oliveira Vieira

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE AS FIRMAS DE: DALVIANE
LOBAO DA CRUZ E LUCÍDIO GONÇALVES DE SOUSA, DOLFE, EM
TESTIMONIO DA VERDADE. UNIÃO PI, 10/09/2019.
Escr.: 10/09/2019. FMF: 0,20 Belo: 0,52 Total: 9,72
Selos: 10/09/2019 ARS 51545 (FIRMA)

LUCINETE OLIVEIRA VIEIRA Tabeliã Interina



Vermelho

FICHA DE ATENDIMENTO

CONTROLE: SERVIDOR: *Larla* DATA: *17/05/19* HORA: *08:52*

01. DADOS DO PACIENTE:

NOME: *Leandro Gonçalves da Silva* DN: *17/03/67* ID: *52* SEXO: *M*

NOME DA MÃE: *Maria Rodrigues da Silva*

CNS: RG: *11-40049* CONTATO: *95411467*

ENDERECO: *Rua Santo Antônio, 1608* CEP: *64120000*

BAIRRO: *Bela Rio Rio* CIDADE: *União* UF: *PI*

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. 02: 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 *laringite astórica, com*
brônquio apertado em prumo esquerdo.

04. EXAMES COMPLEMENTARES LABORATORIAL RX US

05. DIAGNÓSTICO

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: *07/07/19* DEPARTAMENTO DE SINISTROS
10/07/19 DPVAT

06. PRESCRIÇÃO MÉDICA

Odeio fumar - crise, IM, *10:04*

ANTONIA R. CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

07. CONDUTA

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

08. HORA/SAÍDA URGÊNCIA EMERGÊNCIA NÃO URGÊNCIA

MÉDICO/CRM:



Carolina S. Melo
CRM-PI
CRM-1299-PI

ENFERMEIRO(A)/COREN:

PACIENTE:



MÉDICO CRM:

ENFERMEIRO(A)
COREN:

Almonda Fumilys Gonçalves Souza

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
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, 455 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 31/07/2019

Setor do Arquivo Técnico do HPMPI

Luis Henrique Vazquez da Aveira TEN PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPMPI
RG: 105196193-2 Mat: 14405-0

NOME DO PACIENTE:

Aurélio Gouveiares de Sá

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

479799/19

Obs: Não fornecemos 2ª via.

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

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

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 206517 AIII: 2219100374007
FORMA DE ENTRADA: ESTADUAL		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRceu ARCOVERDE - HPM	CNES 2323451	
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRceu ARCOVERDE - HPM	CNES 2323451	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
CARTAO SUS 801110176151986	NOME DO PACIENTE LUCÍDIO GONÇALVES DE SOUZA	
DOCUMENTO CPF 86995711867	TELEFONE 86995711867	NOME DA MÃE MARIA RODRIGUES DE SOUZA
CEP 5170972	ENDERECO - LOGRADOURO RUA SANTO ANTONIO	
BAIRRO FEIRA RIO	COMPLEMENTO	MUNICIPIO UNIAO
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS		

UNIAO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNOSTICO INICIAL
S52.5 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

CID 10 SECUNDARIO CID 10 CAUSAS ASOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

**PROC
COD/DESCRICAو DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**

010807031 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RÁDIO DA ULNA

Los Angeles, California, 90001, U.S.A.
RCMP 10-1985-5-21 Mail 14495-9
Cable: 5000-14495-9

LEITO CLÍNICA

ORTOPEDIATRA UNATORIO CICLICAMENTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/OUT DO CONSELHO)

卷之三

URGENCIA

DATA SOLICITACAO

ALDOMAR STRASSNER

100

DATA ADMISSÃO 19/05/2019 21:48 DATA ALTA 31/05/2019 09:06

MOTIVO ALTA

ALCIONAR VERA SIANA
CPF: 5791-005-7353

100

CAUSAS EXTERNAS(ACCIDENTES OU VIOLENCIA)

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

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO)

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER		CONTROLE AVAÇO
AUDITORIA		DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CPF		BPVAT
CRM		CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 SET 2010		

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

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



Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL

SIM NÃO

IDEI OUTROS HOSPITAIS

SIM NÃO

CLÍNICA

Médico Assistente

Permanência

CLÍNICA

FICHA DE PRONTUÁRIO

17/05/2019

Pront.: 479799

Nome: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

Nasc.: 17/03/1967 Sexo: M

Convênio: SUS - INTERNACAO

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.

*Almeida com trauma
no Antebraço*

DIAGNÓSTICO

Provisório:

FIT DE RENO

Principal:

Osteomartite radio

CID S525

Procedimento:

Sintomas e Sinais Principais

Dor

Causa Médica

Histo - Patológico:

Luis Henrique - Prof. Téc. Reg. 1º TEN PM
RQPM 1251981/13-2 Mat. 14495-9
Cadastra Seta do Arquivo Técnico

TRATAMENTO

Tipo:

- Nenhuma
- Médico
- Cirurgia
- Médico Cirúrgico

Terapêutica Médica

Operação

Eficácia

- Nenhuma
- Médico
- Cirurgia
- Médico Cirúrgico

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

Data da Alta:

31/05/2019

Data da Hospitalização

/ /

ALTA

Saída

- Curado
- Melhorado
- Inalterado
- A Pedido
- Internação p/ Diagnóstico

- Divisão Médica
- Por Indisciplina
- Evasão
- P. Ambulatório

Transferência

- Fisiologia
- Psiquiatria
- Outros

Óbito

- 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 de internação

THE ____ / ____ / ____

Assinatura: *Dr. Alciomar Veras Viana*

10 SET. 2019

Dr. Alciomar Veras Viana
Data de Omissão e Cadeia
TEUT 10462

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

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"
Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1456 - Fax: (86) 3216-1520

CEP: 64014-090 - Teresina - PI - CNPJ: 07.444.159/0002-25 - CMC: 035.372-8 Centro - Norte CEP: 64.002-470



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



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 20 / 03 / 2019
Nº DO PRONTUÁRIO 4474799 SALA 02
CÓD DA CIRURGIA:

Descrição da Cirurgia:

① Pct em s011 nos ilogos
② Fratura no antebraço e
③ Reducao placa
④ Reducao do frt antebraço
⑤ Sintese com placa e parafuso
⑥ Suturas

Luis Henrique de Melo Reis 1º TEN PM
RGPM 1051501173-2 Mat. 14485-9
Cadeia de São Luís do Araguaia Técnic

Dr. Alciomar Veras Viana
Cirurgia do Ombro e Coxa
CRM: 2631 / Especialista 10462

Cirurgia: Dr. Alciomar Veras Viana
Cirurgião: Alciomar Veras

1º Auxiliar: -

2º Auxiliar: -

3º Auxiliar: -

Instrumentador: RCT Dr. Alciomar Veras
Eletrotomia Eletromagnet
COREN-PI N.º 001.074.961

Circulante: INEZ
Inez 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: 64.002-470



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

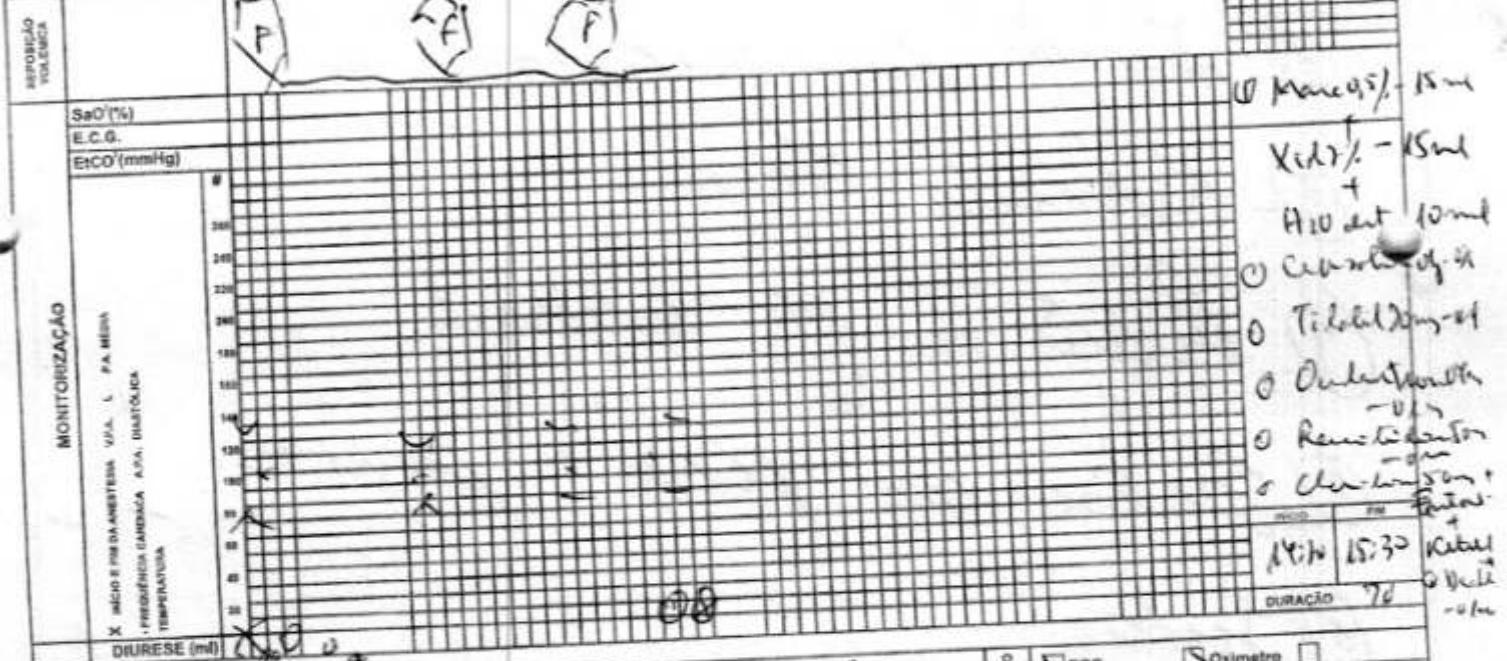


BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 30/05/11
Nº DO PRONTUÁRIO 971791
SALA 07
CÓD DA CIRURGIA:

Nome: Lucas Bonfim de Deus Idade 52 Sexo M ASA I
PROCEDIMENTO: Fractura de Radídio Apt/Enf a Letar: 20g-03
CIRURGIA: Valdever ANEST: Valdever ANESTESIA: Blugui + Sedac
INSTR: Karla CIRC: Fay INICIO: 14:30 FIM: 15:30 SALA: 07
P.A. _____ F.C. _____ PESO: _____ Ht: _____ Glicemia _____ Creatina _____ Respir: _____

AUXILIAR INHALATÓRIO	OXIGENIO			SEQUÊNCIA
	1			
	2			



Técnica Anestésica:

Blugui do pluxo brasil + sedac

Comentários Adicionais:

Não houve intracranian

MONITORIZAÇÃO	ECG		Oxímetro	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PAM	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Capnógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> PAMI	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PVC	<input type="checkbox"/>
Gases				
Oxigênio	1	1	09	14:30 15:30 70
N ₂ O	1	1		
Ar Medic.	1	1		

Medicamentos Utilizados

Adrenalina	Amp	Dolatina	Amp	Midazolam	0,1	Fr 100mg	Propofol	ml	Amp
Água dest. 10ml	0,4	Druperidol	Amp	Metronidazol		Fr	Ranitidina	0,1	Amp
Atropina	Amp	Etoril	Amp	Neocaina Psa 0,5%	0,1	Amp	Quelicin	0,1	Amp
Bilextra	Amp	Efrédin	Amp	Narcan		Amp	Quetamina	0,1	ml
Bromoprida	Amp	Enflurano	ml	Novabupi 0,5%		Fr	Remifentanil		Fr
Cafazolina 1g	0,2	Fantanyl	0,2	Nusain		Amp	Ringer-lactado		Fr
Cefatolina	Fr	Fentanil (S/C)	Amp	Neocaina 0,5% 1/1000 Fr	15	ml	S. Fisiol. 0,9%	ml	Fr
Ciprofloxacina	Fr	Holotano	ml	Neocaina 0,5% isobar		Amp	S. Glicosado 5%	ml	Fr
Clonidina	0,1	Hidrocortisona	ml	Neostigmina		Amp	Scalp n°		Und
Celóide	1	Iosifurano	ml	Omeprazol		Fr	Tracur		Amp
Dexametasona	0,1	Jejico n°	Und	Ondasétron	0,1	Amp	Tilatil	0,1	Fr
Diazepam	Amp	Lidocaina 2% 1/1000 Fr	15ml	Pollao Cel		Amp	Tiopental		Fr
Dimorf	mg	Meloxicamida	Amp	Pancurônio		Fr	Valdever		
Dipirona	Amp	Manitol	Fr	Proferol		Fr	Anestesista-CRM		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

Valdever
Colaborador
Ors 01 400 + 1200000 02
ANESTESISTAS

Valdever de S. Pires Neto
Anestesiologista
CRM-1050



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



RISCO CIRÚRGICO CLÍNICO E CARDIOLÓGICO

204-3

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME

2. CIRURGIA PROPOSTA:

3. REVISÃO/ANTECEDENTES (S/N)

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

COMENTÁRIOS:

José Gomes de Souza

IDADE: 52

SEXO M () F ()

DATA: 20/5/19

02/05/2019

4. EXAME FÍSICO - IMPRESSÃO GERAL

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

b) Aparelho respiratório - Expansibilidade: *Normal* MV: *15* FTV: *100*

Ruidos Advertidos: SIM () NÃO ()

c) Aparelho circulatório: PA: *120/80* mmHg Pulsos: *88* FC: *70*

Inspeção e palpação: *Normal* Ausculta RC: *1/2* Bulhas: *0*

d) Abdomen - Pelve: *Normal*

5. ÍNDICE DE REFERÊNCIA

a) ÍNDICE DE RISCO CARDÍACO (DETSKY, 1986)

10 Infarto agudo do miocárdio nos últimos 6m

5 Infarto agudo do miocárdio há mais de 6m

10 Angina classe III (CCS*), limitação

importante às atividades físicas diárias

20 Angina classe IV (CCS), angina nos mínimos

Esforsos ou repouso

10 Angina instável nos últimos 6m

10 Edema pulmonar na última semana

<15 pts: Baixo risco de complicações

>15 pts: Alto risco de complicações

CONCLUSÃO:

5 Edema pulmonar no passado

20 Estenose aórtica crítica

5 ECG recente c/ ritmo não-sinusai
ou extra-sístole atrial

5 Estado geral precário

5 Idade > 70 anos

10 Cirurgia de emergência

*CCS: Canadian Cardiovascular Society

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. sistêmica grave/lim. da ativ./não incapacitante

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

CONCLUSÃO:

c) AMERICAN SOCIETY OF ANESTESIOLOGY (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-sinusai/ 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) comp. 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/Plaq.

38/118/285

2. Leuco/Bt/Seg: 5/0/24

3. Glicose: 123

4. Ur/Cr: 50/6.9

5. TS/TC: 2/3

6. TGO/TGP:

7. Tropo/Ckmb:

8. ECG: 12/30/40

9. Urina-I:

10. ECO 2D:

11. USom:

12. RX Tórax:

13. TC/RNM:

Luis Henrique da Costa Reis 11-TEN PM
RCPO 107/09/110-21 Mat 14405-9
Data: 10 Set. de 2019 Técnic

Dr. Francisco T. 111ma
Cardiologista
Clínica M.
034-12101
1715
282

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019
Hospital Dirceu Arcoverde da Polícia Militar do Piauí -
HPPMFI

GENTE SEGURO DA PIAUÍ S.A.

Rua Cel. M. 034-220, Teresina - PI

Fone: (86) 3228-1500

Centro: 0344-1200 - 0344-9600 - 0344-092470

CNPJ: 07.344.120/0001-66 CNPJ: 04.092470/0001-66



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

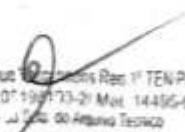
RX ANTEBRAÇO ESQUERDO

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.

Luis Henrique de Oliveira Reg. 1º TEN PM
 RGPM 107.196.973-21 Mat. 14456-9
 Criei:  00 Arquivo Técnico

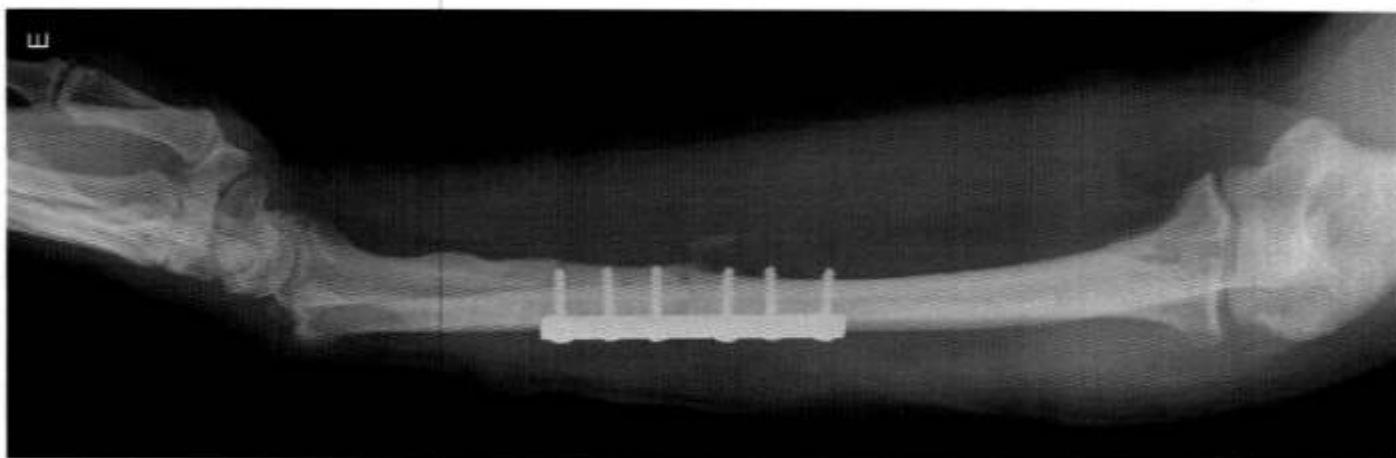
Ivan Gomes

IVAN FONTELE GOMES
CRM 2426-PI
CRM

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

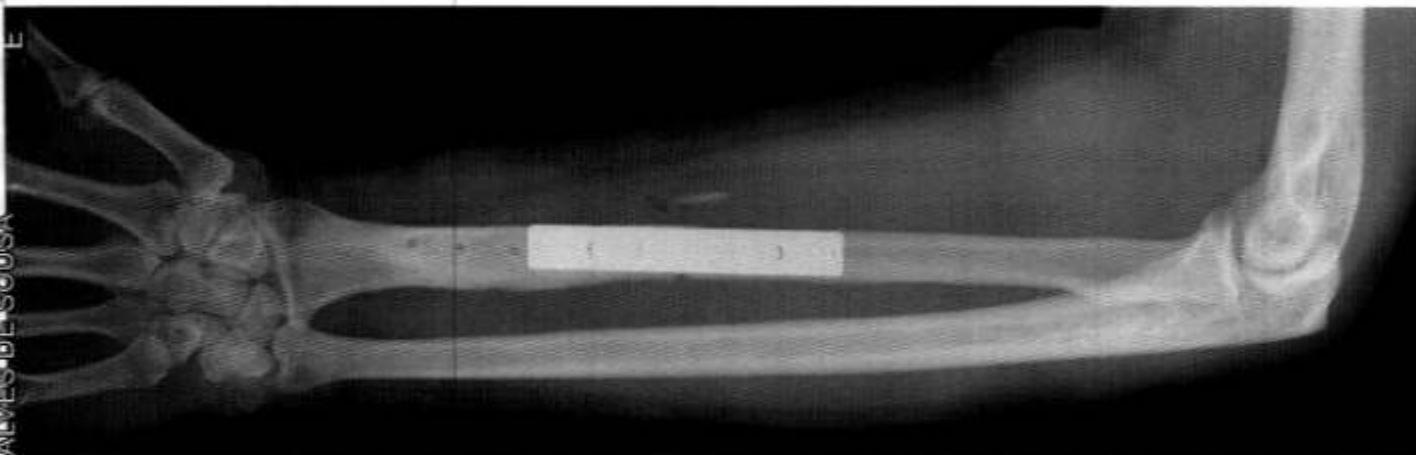
GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002470



HPM



Q
Luc Henrique Viana dos Reis 1º TEN PM
RC/PM 105.1501.71-2 Mat. 14435-9
Cadeia de S. Bento da Arpoador Testeiro



ID: INT01_310519
Paciente: LUCÍDIO GONÇALVES DE SOUSA
Idade: 052Y
Sexo: M

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

Horas: 07:20
Exame: 31/05/2019



**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.

[Signature]
Luis Henrique de Oliveira Ribeiro 1º TEN PM
RC PM 105161-110-2- Mat 14493-9
Cidade - Estado de Araguado Tocantins

[Signature]
NAYRA VIRGINIA S. COSTA
CRM-PI 3326

**NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA
CRM: 3326**

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT**

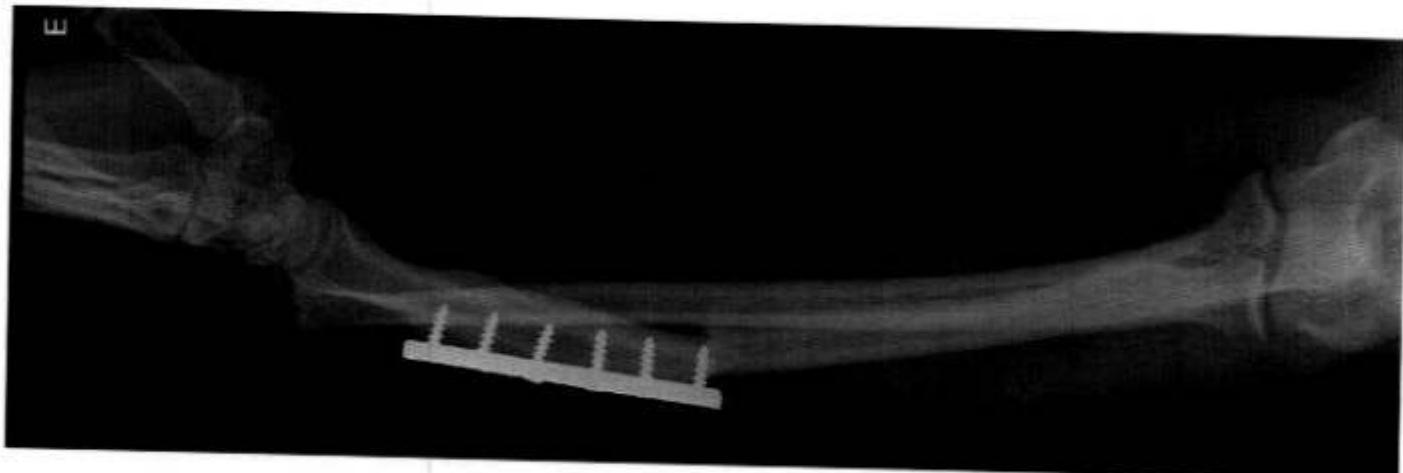
Telefone: (86) 3216-1520
Fax (86) 3216-1520
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

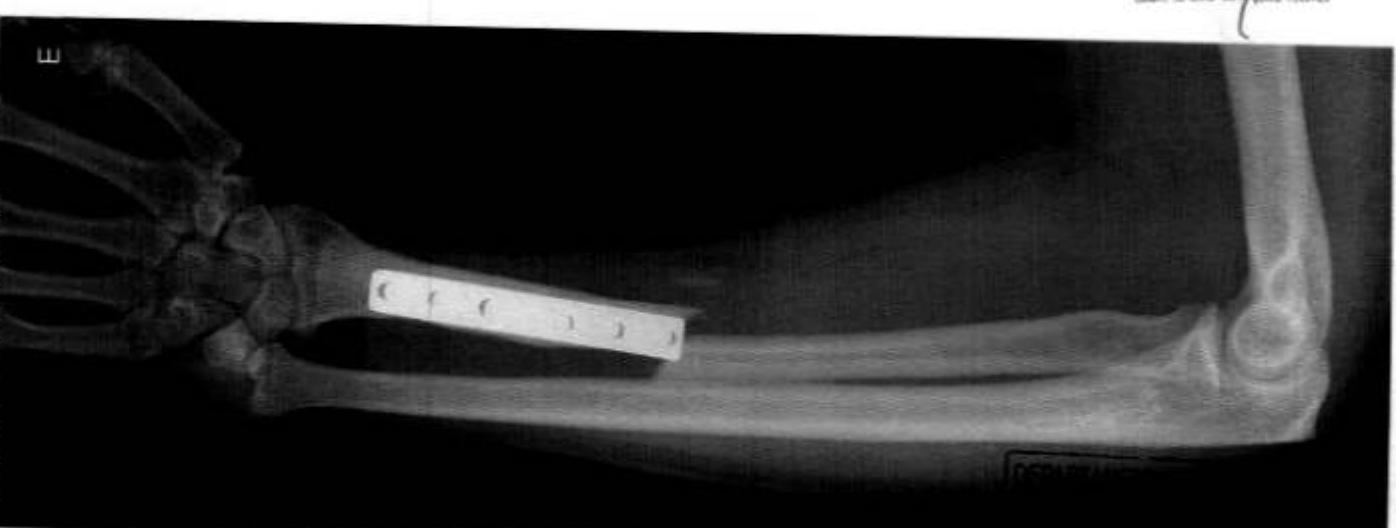
**GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470**

HFM

ID: 160886
Paciente: LUCÍDIO CONCALVES DE SOUSA
Idade: 052Y
Sexo: M



Luz Henrique Viana de Oliveira - H-FEN PM
ROPA: 105150113-2 Mat: 14480-9
Caren - Sócio da Equipe Fisica



CONTEÚDO FICOU VERIFICADO	
10 SET. 2019	
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470	
Horas: 08:05	Exame: 16/05/2019



POLICIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

304-03

NOME: LUCÍDIO GONSALVES DE SOUSA
MÉDICO
CONVÉNIO: SUS

IDADE: 52 ANOS

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LABTEST

ERITROGRAMA	VALORES ENCONTRADOS	VALORES DE REFERENCIA:	
		HOMEM	MULHER
Hemácias em milhões/mm ³	4,20	4,5 - 6,5	3,9 - 5,8
Hemoglobina em g/dl	11,8	13,5 - 18,0	11,5 - 16,4
Hematóccrito em %	38,0	40,0 - 54,0	36,0 - 47,0

OBSERVACÕES: Hemácias normocíticas e normocrônicas.

LEUCOGRAMA

Leucócitos por mm ³	VALOR ENCONTRADO		REFERENCIAL	
	5.600		4.000	10.000
	%	REFERENCIAL	ABSOLUTO	REFERENCIAL
Bastões	0	3	5	120 500
Segmentados	74	50	66	2000 6600
Eosinófilos	1	2	4	80 400
Basófilos	0	0	1	0 100
Linfócitos	24	20	30	800 3000
Monócitos	1	4	8	160 800
Metamielócitos	0	0	1	0 100
Mielócitos	0	0	0	0 0

OBSERVAÇÕES:

BLAQUETAS

• **PLAQUETAS** São placas contadas eletronicamente por impedância elétrica.

Observações: Placetas Morfológicamente normais e bem distribuídas

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

ENTIDADE BEMATE

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

"HUMANIZANDO E CUIDANDO BEM DA SUA SAÚDE"

10 SET 2019

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

POLICIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



NOME: **LUCIDIO GONCALVES 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

Luis Henrique V. de Melo Res. - TEN PM
 RGPM 105.1601.10-21 Mat. 14483-9
 Cadeia 25 Setor do Arquivo Técnico

TERESINA, 19 DE MAIO DE 2019

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
 CAP. QOPMS - FARMAC. BIOQUÍMICO
 CRF / PI 245

RAULINO F. FERREIRA
 BIOQUÍMICO
 CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
 Farmacêutico-Bioquímico
 CRF-PI 0985

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

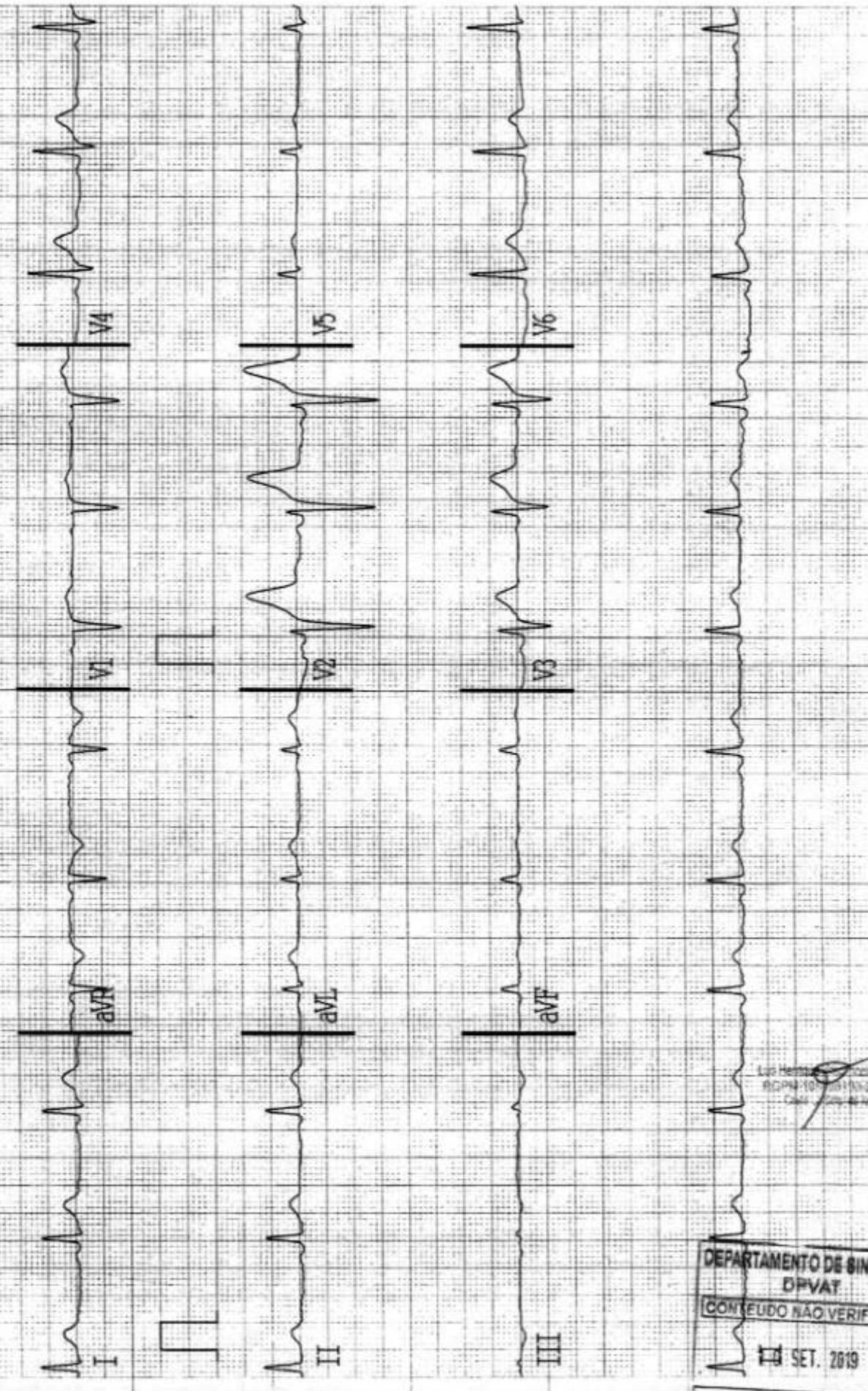
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"
 Av. Higino Cunha 1642 - Fone (86) 3216-1240 - Fax (86) 3216-1245
 CEP: 64014 - 090 - Teresina-PI. CNPJ: 07.444.159/0002-25 - CMC: 035.372-8

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

PACIENTE: LUCÍDIO GONÇALVES DE SOUSA
DATA NASCIMENTO: 17/07/1967
MÉDICO SOLICITANTE: DRº. DARCI

Name : Lucídio Gonçalves de Sousa
Age : 52 yrs. Sex: M
H : 0cm W : 0kg
QRS dur: 102 ms
QT/QTc: 382/400 ms
P-R-T axes: 20-35-9

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



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
[] CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
0.1Hz, 50Hz, EMG.
10 SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

BMS Plus - EKG Viewer

Bionet Co.,Ltd.

All Channels: 10mm/mV
25.0mm/sec.