

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



Antônio de Paula

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6421503 DATA DE EMISSÃO 27/10/2007

NOME ANTONIO DE PAULA

RESIDÊNCIA ANTONIO PEDRO DE PAULA
QUITERIA DE SOUSA

NATURALIDADE BARRAS PI DATA DE NASCIMENTO 01/03/1955

DOD DESEM C. CASAMEN-BARRAS PI
NUM: 919 LIV: 40 FOL: 03

ASSINATURA DO DIRETOR

LEIA 7.119 DE 29.08.03

REAL SERCARD

Cartão de uso pessoal e intransferível
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

Emissão
DEZ/2009

 CORREIOS

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição
833.567.033-15

Nome
ANTONIO DE PAULA

Nascimento
01/03/1955



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CAIXA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PI

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1554660910

PROIBIDO PLASTIFICAR
1554660910

Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

DOC. EXISTENTE (CPF) EMISSORAF: 1457994 SSP PI

CPF: 703.754.703-44 DATA DO COMEÇO: 10/09/1971

Função: LUIS PROCEDOMIO DA SILVA
MARIA HELENA DA SILVA

PERMISSÃO: ☒ AUTOMOBILAR ☐ OUTROS

ACC: ☒ CATNHE: ☐ D

Nº REGISTRO: 02851011130 VALIDEZ: 15/12/2022 PRORROGAÇÃO: 29/04/2003

OBSERVAÇÕES:
A

Assinatura do Portador: *Maria do Carmo Procedomio da Silva*

LOCAL: TERESINA, PI DATA DE EMISSÃO: 20/12/2017

Assinatura do Emissor: *Mário Martins do Rego Lobão*
70415801046
PI320021300

PIAUI

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180374496 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO DE PAULA **Data do acidente:** 06/03/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA EM JOELHO DIREITO (CÔNDILO) + PATELA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180374496 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO DE PAULA **Data do acidente:** 06/03/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA EM JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURACAO PARTICULAR

OUTORGANTE: <u>Antonio de Paula</u>		
Nacionalidade: Brasileiro (a)	Estado Civil: <u>casado</u>	Profissão: <u>Lavrador</u>
Identidade nº: <u>6421503</u>	CPF nº: <u>233.567.033-15</u>	
Endereço: <u>Localidade Currais SIN B-Rural</u>		
<u>Barros-Piaui</u>		
CEP: <u>64.100-000</u>	Telefone: (86) <u>99982-3093</u>	

OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA

Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Solteira
 Identidade nº: 1.457.994-SSP/PI CPF nº: 703.754.703-44
 Profissão: Bacharel em Direito Telefone: (86) 9 9405-4326/ 9982-3093/ 8828-8177
 Endereço: Rua Henrique Dias, N° 790, Bairro: Vermelha – Teresina – PI, CEP: 64.019-330

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

Antonio de Paula

Barros-Pi 11/07/2018

Local e data

*Antonio de Paula

- Outorgante -



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

1-4 AGO 2018

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

CNPJ 08.842.510/0001-28 - CNIS 148.20

DIHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANTONIO DE PAULA
EST. DA DA VERDADE. DOU FÉ. BARRAS. 11/07/2018 10:41:14

ORA PACHECO FORTES SILVA - ESCRIVENTE



Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO DE PAULA**

Nº Sinistro: **3180374496**

Vitima: **ANTONIO DE PAULA**

Data do Acidente: **06/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

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

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180374496**.

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

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13237876



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 833.567.033-15	Nome completo da vítima Antonio de Paula
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Antonio de Paula		CPF titular da conta 833.567.033-15	Profissão Lavrador
Endereço Localidade Currais		Número 511	Complemento
Bairro Zona Rural	Cidade Barra	Estado Piauí	CEP 64.100-000
Email			Telefone (DDD)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		BANCO Nome _____ NRO _____ AGÊNCIA NRO _____ D/V _____ CONTA NRO _____ D/V _____	
AGÊNCIA NRO 5792 D/V U (Informar dígito se existir)	CONTA NRO 5797 D/V 5 (Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

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

Barra, 03 de Agosto de 18
Local e Data

Antonio de Paula
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

14 AGO 2018
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
SENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.000909/2018-01

Unidade de Registro: DELEGACIA GERAL DE POLICIA CIVIL

Resp. pelo Registro: Claudio Barros Monteiro

Data/Hora: 11/07/2018 - 10:07

DADOS DA OCORRÊNCIA

Responsável: **464281** Data/Hora: 06/03/2018 - 10:00
Município: BARRAS Bairro: OUTROS - ZONA RURAL
Endereço: OUTROS, Nº: Complemento: Ponto de Referência:

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO DE PAULA Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante
Endereço: LOCALIDADE CURRAIS 2, Nº: OUTROS - ZONA RURAL

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência:
- Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo: Ano: Placa: Chassi: Renavam: Cor:
1 - HONDA CG 150 TITAN ESD 2015 PIK7131 9C2KC1650FR004197 01072336330 Prata
Condutor: ANTONIO DE PAULA
End: LOCALIDADE CURRAIS 2 Número: Complemento:
Cidade: BARRAS UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL
Proprietário: RIFRAM DE ARAUJO MACHADO
Cidade: BARRAS UF: Bairro: PREJUDICADO

RELATO DA OCORRÊNCIA

O declarante informa que no dia e horário acima estava na sua motocicleta se deslocando de barras a localidade currais 2; Que nas proximidades da localidade três caminhos foi fazer uma ultrapassagem em outra motocicleta; Que ao se aproximar para fazer a ultrapassagem foi interrompido pelo motoqueiro que impossibilitou a ultrapassagem; Que freou bruscamente e caiu; Que na queda fraturou o braço direito; imediatamente foi acionado o SAMU e o levou ao hospital de Barras e posteriormente levado ao hospital de Piripiri para tratamento. Era o que tinha a declarar.

Claudio Barros Monteiro - Mat. 2650903
AGENTE DE POLICIA

Antonio de Paula
ANTONIO DE PAULA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Antonio de Paula

CPF da Vítima

833.567.033-15

Data do Acidente

06.05.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

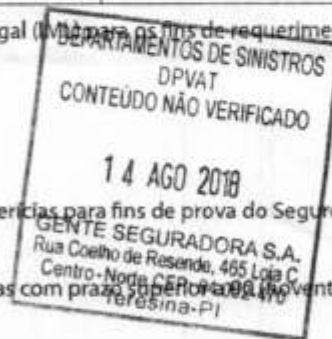
☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a (trinta) dias do respectivo pedido.

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

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



Barras 03 de Agosto de 18
Local e Data

Antonio de Paula

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

TRATAMENTO REALIZADO

① Ventoina 1 amp 2x

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

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

Paciente em observação

Paciente em observação

DATA 06/03/18

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ASSISTENTE
Dr. Hugo Daniel Batista R. Soares

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

CRM - PI 5886

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PIRNO DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELO - BARRAS - PI
BOLETIM DE ATENDIMENTO AMBULATORIO E DE URGENCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Antonio de Paula

DATA DE NASCIMENTO

01/03/1955

PROFISSÃO

—

SEXO

MASC ☒ FEM ☐

FILIAÇÃO

PAI Antonio Padre de Paula Sousa

MÃE Letícia de Paula

ENDEREÇO

Rua Currais II

MUNICÍPIO

Barra

ESTADO

Piauí

CEP

64100-000

DADOS SOBRE ATENDIMENTO

DATA DO ATENDIMENTO

06-03-18

HORA

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Paciente apresenta febre repetida em

Tabela D, ocasionada por acidente, motivo

diagnóstico. Medo DM, HAS e diabetes meli. 02/03/18

PA: 120x80mmHg

DIAGNOSTICO

HGT: 116mg/dL

SP02: 97

FC: 85 bpm

Folha de 140x210

05 00 7090 090 202 6062 702 SUS

RG:

*RG + CPF + D.da Mãe + componente de endereço

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:	31/08/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE:	ANTONIO DE PAULA
----------	------------------

BANCO:	237
--------	-----

AGÊNCIA:	05792-4
----------	---------

CONTA:	000000005797-5
--------	----------------

Nr. Autenticação

BRABESCO3108201805000000000023705792000000005797168750 PAGO

**Eletrobras**

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 8875115

MARIA DE JESUS DE OLIVEIRA PAULA

LC CURRAIS, S/N ,

B-RURAL

64100000 BARRAS

PI

CÓDIGO ÚNICO 14119900	MÊS 07/2018	PERÍODO DE CONSUMO 25/06/2018 a 20/07/2018
CONSUMO (kWh) 113	VENCIMENTO 27/07/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 104,29

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

(86/99982.3093 / Rucia

recorte aqui

**Eletrobras**

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO 14119900	MÊS 07/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 104,29
---------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836500000010.042900170004.000000014118.990007180054



**Aguas de
Teresina**

Nossa água muito bem tratada

CNPJ 27157474000106 - LE 195305574

Av. Odilon Araújo, 1035, Pícarra - CEP 64017-280, Teresina - PI

Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

TC 1.36
281 88871 82733

MÉTRICA

13650041-2

MÉTRICA

152256673

MÊS/ANO

8/2018

NOME/ENDEREÇO

MORADOR MARIA DO CARMO PROCEDONIO DA SILVA

RUA HENRIQUE DIAS, 790-VERMELHA-TERESINA-PI-cep: 64019330

LOCALIZAÇÃO

002-00019-002030

GRUPO

002

NÚMERO DO HIGIENÍMETRO

A05N287017

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

MÊS/ANO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

LIDO

ECONOMIAS-CATEGORIAS/ TIPO TÁBUA

1 Residencial - Normal

DATA

11/07/2018

07/08/2018

LITURA

1441

1458

CONSUMO MÊS M3

17

LIT. 10/10/2018

PIL. 10/10/2018

CORRIG. 10/10/2018

TABELA DE TAXAS

RESIDENCIAL

TAXA DE CONSUMO (M3) (R\$)

18 25 4.9400 50

25 555555 8.5300 50

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

VALOR

VALOR REFERENTE AGUA - 61,09

> Residencial-Normal

JUROS POR ATRASO

MULTA POR ATRASO

R\$

17,0 m3

07/2018

07/2018

VALOR

61,09

0,16

1,16

NÃO RESIDENCIAL

TAXA DE CONSUMO (M3) (R\$)

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais n°. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e n°. 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2.718	2.700	18	1,32	0,20-5,00 mg/L
COR APARENTE	2.888	2.327	481	10,01	Inferior a 15,0
PH	2.793	2.782	11	6,82	6,00-9,50
TURBIDEZ	2.803	2.559	244	2,56	Inferior a 5,00

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu maria do Carmo Proadonio da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703 / 44
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antonio de Paula inscrito
(a) no CPF sob o Nº 833.567.033 / 15 do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da Vítima
Antonio de Paula inscrito (a) no CPF sob o Nº 833.567.033 / 15 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Henrique Dias</u>		Número <u>790</u>	Complemento
Bairro <u>União</u>	Cidade <u>TERESINA</u>	Estado <u>Piauí</u>	CEP <u>64019-330</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99982-3093</u>

TERESINA de 03 de Agosto de 18
Local e Data

maria do Carmo Proadonio da Silva
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Rifram de Arango Machado,
RG nº 9.141.699, data de expedição 03/04/2000,
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 944.572.393-72 com
domicílio na cidade de Barras, no Estado de
Piauí, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
Localidade Paissanides, nº S/N,
complemento Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Antonio de Paulo, cujo o condutor era
Antonio de Paulo.

Veículo: Moto
Modelo: Honda 160 150 TITAN ESD
Ano: 2014
Placa: PIK-7131
Chassi: 9C2KC1650FR004197
Data do Acidente: 06/03/2018
Local e Data: Barras - PI 09/07/2018

Rifram de Arango Machado
Assinatura do Declarante



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



Atendimento	1012127
Data:	06/03/2018
Hora:	20:09

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

Nº AIH
DIONE

BOLETIM DE ADMISSÃO

71291 - ANTONIO DE PAULA

CASADO(A) - Sexo: MASCULINO - 01/03/1955 - 63 ANOS, 5 DIAS

Clinica: CLINICA MEDICA Enfermaria: CM07- CLINICA MEDICA Leito: CM0701 Naturalidade: BARRAS

Escolaridade:

CPF: RG: 6421503 Médico: 2422 - RENATO JORGE CARVALHO OLIVEIRA

C/N: CNS: 702606206020040

Endereço: LOACIDADE CURRAIS II, Nº 0 - CEP: 64100-000

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: 2201200- BARRAS/PI

Profissão:

Telefone: () -

Pai: ANTONIO PEDRO DE PAULA

Mãe: QUITERIA DE SOUSA

Responsável: ANTONIO DE PAULA - () -- O MESMO

Diagnostico Inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

Resultado

☐
☐
☐
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

Transferido

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 AGO 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.102-470
Teresina-PI -48 Horas

+48 Horas

Obito

História Clínica

Tranquele no joelho
cl. de coxa - coxa
R. fr. - comissura do joelho
fr. - intercostais fem

Diagnóstico Provável

Fr. exp. joelho

Dr. Renato Jorge C. Oliveira
ORTOPEDISTA
CPF: 182.943.763-95 - CRM: 2422

PROFISSIONAL



SUS Único de Saúde

Ministerio da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

2 - CNES

2777746

4 - CNES

2777746

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ANTONIO DE PAULA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

71291

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

702606206020040

8 - DATA DE NASCIMENTO

01/03/1955

9 - SEXO

Masc.

☒ 1

Fem.

☐ 2

10 - NOME DA MÃE

QUITERIA DE SOUSA

12 - ENDEREÇO

LOACIDADE CURRAIS II, 0 - ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BARRAS

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

2201200

15 - UF

PI

16 - CEP

64100-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Trauma costal - contusão gélida
Dir
R. Frnt comintem gélido
Frnt - inter costal gélido

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

A cura

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Frnt - exp gélido

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDÁRIO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2018

GENTE SEGURADORA ASSOC.
Centro de Residência, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

L m c

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

CLÍNICA MÉDICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO

() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

06/03/2018

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

Dr. Renato Jorge C. Oliveira
CRM 182.043.763-51 CRM 2422

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

TIAGO DOS SANTOS SILVA

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

M230350101

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

01471547310

() CNS (x) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

PACIENTE: 1012127-ANTONIO DE PAULA
ENFERMIA: CIRURGIA GERAL MEDICA LEITO: 010702 ADMISSÃO: 04/03/2018 IDADE: 63 Anos SUS: D/C: INTERNADO: 5

PRESCRIÇÃO MÉDICA

11/03/2018 - 08:53:20

DIETA LIVRE

TRAMADOL 100MG/2ML FLUIDO	1,00 LIN	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	
DIPIRONA 500MG/ML 2ML	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	05/08H	
CLOZOLINA 1G INJ.	2,00 FRAMP	ENDOVENOSA (EV)	AGÜIA	
CEFALOTINA 1G INJ.	1,00 FRAMP	ENDOVENOSA (EV)	06/08H	APÓS CIRURGIA
GENTAMICINA 80MG/ML 2ML	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	
ACESSO VENOSO	1,00			
SSV+CCGG				

Alto Hospital dia 12/03/18 às 7:00hs

Dr. ~~Aluísio~~ Leão
CRM-PI 3238 TEOT 14004
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião no Distrito e Cotovelo

01.30 PM 12/03/2018

Attn: 08-0000000000
fax: 36,22 24/11/18

PROFISSIONAL





HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES, 300 - CENTRO
64260-000, PIRIPIRI/PI

CNPJ: 06.553.564/000480
TELEFONE: (86) 3.276-3362

PACIENTE: 1012127-ANTONIO DE PAULA

ENFERMARIA: CM07-CLINICA MEDICA

LEITO: CM0701

ADMISSÃO: 06/03/2018

IDADE: 63 Anos

SUS

DIAS INTERNADO: 4

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2018

GRUPO SEGURO S.A.
Rua Coelho de Resende, 488 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

10/03/2018 - 16:58:21

DIETA LIVRE					
TRAMADOL 100MG/2ML CLORIDRATO	1,00 UN	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	20/04/12	12:00
DIPYRONA 500MG/ML 2ML	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	06/06H	18/04/12	12:00
CETAZOLINA 1G INJ.	2,00 FRAMPENDOVENOSA (EV)	AGORA	06/06H	18/04/12	12:00
CETAZOLINA 1G INJ.	1,00 FRAMPENDOVENOSA (EV)	APÓS CIRURGIA	06/06H	20/04/12	12:00
GENTAMICINA 80MG/ML 2ML	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	20/04/12	12:00
ACESSO VENOSO	1,00				
SSW+CCGG					

In 02:30h PO otorrinolaringologista de João D. Benvenuto, orientado, físico. Relatando, memorando, indurados. Queixas de dor. Sono e apnéia noturnas. Noção causada por alergias.

Joana Tereza C. M. Ferreira
Enfermeira - COREN/PI 241904
CNS 980016004033591

11:00 PO: 11:00 Sinais vitais: TA: 130/80 mmHg, FC: 90 bpm, FR: 18 rpm, Sat: 95%.

Dr. Adelino Leite
CRM-PI 13888-1 E.O.T 114004
Otorrinolaringologista
Clínica de Otorrinolaringologia e Cirurgia

In 02:30h - Sinais vitais: TA: 110/70 mmHg, FC: 90 bpm, FR: 18 rpm, Sat: 95%.

Joana Tereza C. M. Ferreira
Enfermeira - COREN/PI 241904
CNS 980016004033591

PROFISSIONAL



HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

AV. DR. PADUA MENDES, 300 - CENTRO

64260-000, PIRIPIRI/PI

CNPJ: 06553564000480

TELEFONE: (86) 3276-3362

PACIENTE: 1012127-ANTONIO DE PAULA

ENFERMARIA: CM07 CLINICA MEDICA

LEITO: CM0703

ADMISSÃO: 06/03/2018

IDADE: 63 Anos

SUS

DIAS INTERTIADO: 3

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 44.002-470
Teresina-PI

09/03/2018 - 10:14:27

DIETA LIVRE

TRAMADOL 100MG/2ML (1-3) ORALATO	1,00	LIN	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	200mg	04/08H	120mg
DIPIRONA 500MG/Nº 2ML	1,00	AMP	ENDOVENOSA (EV)	06/06H	1800mg	00/06H	0600mg
CEFAZOLINA 1G INJ.	2,00	FRAMP	ENDOVENOSA (EV)	AGORA	1400mg	00/06H	0600mg
CEFALOTINA 1G INJ.	1,00	FRAMP	ENDOVENOSA (EV)	06/06H	1800mg	00/06H	0600mg
GENTAMICINA 80MG/ML 2ML	1,00	AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	300mg	04/08H	120mg
ACESSO VENOSO	1,00						
SSV+CCGG							

Dr. Adriel Leão
CRM PI 3888 TEOT 14004
Ortopedia e Traumatologia
Grupos do Ombro e Cotovelo

PA-110 X 70 mmHg
tax = 36.4 g/min

PA-100/70 mmHg

PA-110/60 mmHg
tax = 36.4 g/min

PA-110/60 mmHg
tax = 36.4 g/min

PROFISSIONAL



HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

AV. DR. PADUA MENDES, 300 - CENTRO

64260-000, PIRIPIRI/PI

CNPJ: 06553564000480

TELEFONE: (86) 3276-3362

Impresso: 08/03/2018 - 17:30:09

Pág.: 1/1

PACIENTE: 1012127-ANTONIO DE PAULA

IDADE: 63 Anos

SUS

ENFERMARIA: CM07-CLINICA MEDICA

LEITO: CM0701

ADMISSÃO: 06/03/2018

DIAS INTERNADO: 2

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2018

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

08/03/2018 - 17:29:58

DIETA LIVRE

TRAMADOL 100MG/2ML CLORIDRATO	1,00	UN	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	
DIPIRONA 500MG/ML 2ML	1,00	AMP	ENDOVENOSA (EV)	06/06H	
CEFAZOLINA 1G INJ.	2,00	FRAMPENDOVENOSA (EV)	AGORA		
CEFALOTINA 1G INJ.	1,00	FRAMPENDOVENOSA (EV)	APÓS CIRURGIA	06/06H	
GENTAMICINA 80MG/ML 2ML	1,00	AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	
ACESSO VENOSO	1,00				

SSV+CCGG

Dr. Felipe Viana Pinheiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PI 4427

PROFISSIONAL

PACIENTE: 1032127-ANTONIO DE PAULA
 ENFERMARIA: CM07-CLINICA MEDICA LETO:CMC701
 ADMISSÃO: 06/03/2013

SUS IDADE: 63 Anos
 SUS 72AS INTERNAÇÃO: 2

PRESCRIÇÃO MÉDICA

07/03/2018 - 10:54:40

DIETA LIVRE	1.00 LIN	ENDOVENOSA (EV)	06/08H
TRAMADOL 100MG/2ML CLORIDRATO	1.00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	06/06H
DIPIRONA 500MG/2ML 3ML	2.00 FRAMP	ENDOVENOSA (EV)	2GORA
CEFALOTINA 1G INJ.	1.00 FRAMP	ENDOVENOSA (EV)	06/06H
CEFALOTINA 1G INJ.	1.00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H
GENTAMICINA 80MG/ML 2ML	1.00		
ACESSOS VENOSOS			
SSV+CCGG			

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

Dr. Renato C. Oliveira
 CRM - PI 2422
 Ortopedista Traumatologista

10:54:40 - 10:54:40
 17:00:00 - 17:00:00
 18:00:00 - 18:00:00
 19:00:00 - 19:00:00
 20:00:00 - 20:00:00
 21:00:00 - 21:00:00
 22:00:00 - 22:00:00
 23:00:00 - 23:00:00
 24:00:00 - 24:00:00
 25:00:00 - 25:00:00
 26:00:00 - 26:00:00
 27:00:00 - 27:00:00
 28:00:00 - 28:00:00
 29:00:00 - 29:00:00
 30:00:00 - 30:00:00
 31:00:00 - 31:00:00
 32:00:00 - 32:00:00
 33:00:00 - 33:00:00
 34:00:00 - 34:00:00
 35:00:00 - 35:00:00
 36:00:00 - 36:00:00
 37:00:00 - 37:00:00
 38:00:00 - 38:00:00
 39:00:00 - 39:00:00
 40:00:00 - 40:00:00
 41:00:00 - 41:00:00
 42:00:00 - 42:00:00
 43:00:00 - 43:00:00
 44:00:00 - 44:00:00
 45:00:00 - 45:00:00
 46:00:00 - 46:00:00
 47:00:00 - 47:00:00
 48:00:00 - 48:00:00
 49:00:00 - 49:00:00
 50:00:00 - 50:00:00
 51:00:00 - 51:00:00
 52:00:00 - 52:00:00
 53:00:00 - 53:00:00
 54:00:00 - 54:00:00
 55:00:00 - 55:00:00
 56:00:00 - 56:00:00
 57:00:00 - 57:00:00
 58:00:00 - 58:00:00
 59:00:00 - 59:00:00
 60:00:00 - 60:00:00
 61:00:00 - 61:00:00
 62:00:00 - 62:00:00
 63:00:00 - 63:00:00
 64:00:00 - 64:00:00
 65:00:00 - 65:00:00
 66:00:00 - 66:00:00
 67:00:00 - 67:00:00
 68:00:00 - 68:00:00
 69:00:00 - 69:00:00
 70:00:00 - 70:00:00
 71:00:00 - 71:00:00
 72:00:00 - 72:00:00
 73:00:00 - 73:00:00
 74:00:00 - 74:00:00
 75:00:00 - 75:00:00
 76:00:00 - 76:00:00
 77:00:00 - 77:00:00
 78:00:00 - 78:00:00
 79:00:00 - 79:00:00
 80:00:00 - 80:00:00
 81:00:00 - 81:00:00
 82:00:00 - 82:00:00
 83:00:00 - 83:00:00
 84:00:00 - 84:00:00
 85:00:00 - 85:00:00
 86:00:00 - 86:00:00
 87:00:00 - 87:00:00
 88:00:00 - 88:00:00
 89:00:00 - 89:00:00
 90:00:00 - 90:00:00
 91:00:00 - 91:00:00
 92:00:00 - 92:00:00
 93:00:00 - 93:00:00
 94:00:00 - 94:00:00
 95:00:00 - 95:00:00
 96:00:00 - 96:00:00
 97:00:00 - 97:00:00
 98:00:00 - 98:00:00
 99:00:00 - 99:00:00
 100:00:00 - 100:00:00

PROFISSIONAL



HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES

AV. DR. PADUA MENDES, 300 - CENTRO

64260-000, PIRIPIRI/PI

CNPJ: 06553564000480

TELEFONE: (86) 3276-3362

Impresso: 06/03/2018 - 20:16:10

Pág.: 1/1

PACIENTE: 1012127-ANTONIO DE PAULA

ENFERMARIA: CM07-CLINICA MEDICA

LEITO: CM0701

ADMISSÃO: 06/03/2018

DIAS INTERNADO: 0

63 ANOS, 5 DIAS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

06/03/2018 - 20:13:18

Evolução Médica

20:13:15 FRATURA EXPOSTA JELHO DIREITO

DIETA ZERO 14 GOTAS/MIN

SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML SISTEMA FECHADO

SORO GLICOSADO 50MG/ML 5% 500ML

TRAMADOL 100MG/2ML CLORIDRATO

DIPIRONA 500MG/ML 2ML

CEFALOTINA 1G INJ.

CEFALOTINA 1G INJ.

GENTAMICINA 80MG/ML 2ML

SSV+CCGG

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 AGO 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

00h-PA-90/50 mmHg
T 36.1°C

	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	12/12H	14 GOTAS/MIN	
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML SISTEMA FECHADO	1,00 FRA	ENDOVENOSA (EV)	12/12H	14 GOTAS/MIN	(20.00) 14.50
SORO GLICOSADO 50MG/ML 5% 500ML	1,00 UN	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	14.36	08.31
TRAMADOL 100MG/2ML CLORIDRATO	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	06/06H	14.31	06.10
DIPIRONA 500MG/ML 2ML	2,00 FRAM	ENDOVENOSA (EV)	AGORA	14.30	08.31
CEFALOTINA 1G INJ.	1,00 FRAM	ENDOVENOSA (EV)	06/06H	14.30	08.31
CEFALOTINA 1G INJ.	1,00 AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	14.30	08.31

At 14:30h paciente admitido no CC, vindo de PS para realização de LMC de fratura exposta de joelho D. Recebido com medicação analgésica e antiemética. Realizado 15:50h. fúcie
16:30h. Tênis com breve náusea.

Dr. Renato Jorg. C. Oliveira
CRM - PI 2422
Ortopedia Traumatologia
PROFISSIONAL

AValiação Fisioterapêutica

Paciente: Antonio da Paula
Administ 06/03/2018

CHNAIS VILAS :

PMV₁ 140/100 mmHg

Fig. 18
112ppm

FC: 72.5 BPM

$$\text{SiO}_2 \quad 97.4\%$$

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26



MOTOR:

Avisua de mobilidade em 100 h diretas, ou n'uma
da parte m'edica e dental de segundo e terceiro
ordem.

OBSERVAÇÕES:

Exercício de desenvolvimento em nível operacional

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA:

08/03/2018. Pariente comunitário encaminhado a colheita
naquele cenáculo. Examinado o vive da glória e ex-
ternos plantas de ampa e mombos. Semelh
de setecentos habitantes de mombos infirmos com ou-
tro de bola de luta. Examinado da glória de
bola e que dali de mombos voltamos para o En-
vivo da grande palmar divida com outros
de bola de luta. Todas as árvores foram pu-
didas em 3 níveis de 8 metros. Abundância
foi realizado as 10 h e sem interrupção. A
CD. Tiffen de Dona Aparição. Inimigos da colheita
no Envivo.

AP-

KESPI?ATCRO?

PUPILAS:

GLASSGOW:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: Desafiado e voluborativo

NEUROLÓGICO:

PADRÃO RESPIRATÓRIO E EXPANSIBILIDADE

PADRAO RESPIRATORIO E COM PRODUÇÃO DE
RUIDOS - supra e infra glote com 25 para liberação
de bula nasal

ASSINATŢURA / CĂRIMBO

Karolliny Lima Braga
Fisioterapeuta
CREFITO 14-217991-F

BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA

NOME:

Antonio de Paula

CLÍNICA:

DIAGNÓSTICO:

Fratura de Pateo + Condil femor

LEITO:

OPERAÇÃO:

CIRURGIÃO:

AUXILIARES 1°

2°

INSTRUMENTADORA:

CIRCULANTE:

TÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA:

Paciente em DDH w6 anestesia
 supina + artemia
 Redução de fratura externa
 Implantação de fixador unipolar de Joelha
 Limpeza cirúrgica
 Bateria de pontos + fixação de condil
 Aplicação placa + prelo

ACIDENTE - INCIDENTE:

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS NA SALA

NOME	UND.	QUANT.	PREÇO	NOME	UND.	QUANT.	PREÇO
				DEPARTAMENTOS DE SINISTROS			
				DPVAT			
				CONTEÚDO NÃO VERIFICADO			
				14 AGO 2018			
				GENTE SEGURODORA S.A.			
				Rua Coelho de Resende, 465 Laje G			
				Centro-Norte CEP: 64.002-470			
				Teresina-PI			

FIOS CONSUMIDOS NA SALA

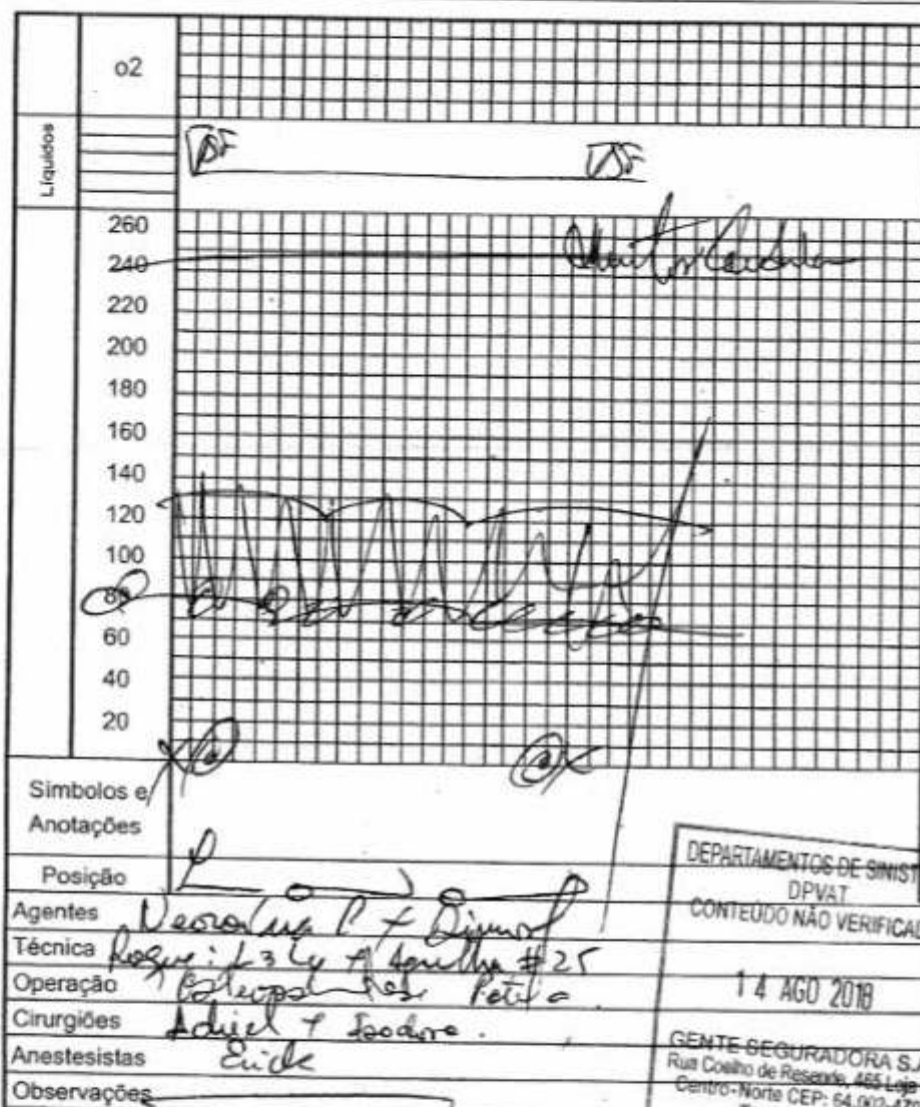
CÓDIGO	NOME	N°	ENV.	CÓDIGO	NOME	N°	ENV.

DATA: / /

CIRURGIÃO - CRM

Dr. Adriel Leão
 CRM 3888 TEUF 14004
 Ortopedia e Traumatologia
 Cirurgia do Ombro e Estômago

Nome <u>Antonio de Paulo</u>	Clínica		Prontuário			
Idade	Sexo	Cor	Procedência			
Data	Pres. Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Fuso	Altura
Tipo sanguíneo	Hemácias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia	Outros
	Urina					



INCLUSÃO

Satist. Excit. Tosse

laring-espaço lente

náuseas vômitos

outros:

MANUTENÇÃO

Anest. Satist. sim não

não, por quê?

DESPERTAR

Reflexos na SO

Obst. 02 Excit.

náuseas vômitos

outros:

com cânula

para o leito, sim não

CONDIÇÕES

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

Cânulas

Perda Sanguínea

OXIGÊNIO

INÍCIO:

TERMINO:

PACIENTE TRANSFUNDIDO

GS RH VOL

Fraxedil amp

Inova amp

Quelicin amp

Fentanil amp

valium amp

Trionembutal amp

Atropina amp

Adrenalina amp

Soro Glicosado 500ml fr

Soro Fisiológico 500ml fr

Água Bidestilada 10ml amp

Xilocaína und

Butterfly n° und

Fluotane amp

Prostigmine amp

DATA: Anestesista - CRM



ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
BOLETIM DE GASTO CIRÚRGICO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Sá

NOME: Antonio de Paula
ENFERMEIRA: 02 LEITO: 01 CIRURGIÃO: Dr. Renato ANESTESISTA: Dr. Edmundo
CIRURMA: Imc snat expota Patelci
INICIO: 35:50 TÉRMINO: Raque

MATERIAL DE CONSUMO	UNIDADE	QUANTIDADE	MATERIAL DE CONSUMO	UNIDADE	QUANTIDADE	MATERIAL DE CONSUMO	UNIDADE	QUANTIDADE
AGULHA 13 x 4,5			ATADURA GESSADA	un	04	EFEDRINA		
AGULHA 25 x 7			MICROPORÉ			FUROSEMIDA/PROMETAZINA		
AGULHA 30 x 7			ESPÁRADRAPO			GLICOSE 25%		
AGULHA 30 x 8						GLICOSE 50%		
AGULHA 40 x 12			FIOS CIRÚRGICOS			GLUCONATO DE CÁLCIO		
AGULHA DE RAQUE 20G x 3			MONONYLON N° 0			HEPARINA		
AGULHA DE RAQUE 22G x 2			MONONYLON N° 1			NITROPRUSSÍATO		
AGULHA DE RAQUE 22G x 3			MONONYLON N° 2			PROSTIGMINE		
AGULHA DE RAQUE 25G x 3			MONONYLON N° 3			METOCLOPRAMIDA		
AGULHA DE RAQUE 26G x 3			MONONYLON N° 4			SUCCINILCOLINA		
AGULHA DE RAQUE 27G x 3			MONONYLON N° 5			SULFATO DE MAGNÉSIO		
SERINGA 1 ML			MONONYLON N° 6			METILPREDNISOLONA		
SERINGA 5 ML			MONONYLON N° 7			DICLOFENACO		
SERINGA 10 ML			VICRYL N° 0			ANTIBIÓTICOS		
SERINGA 20 ML			VICRYL N° 1			AMPLICILINA		
SERINGA 50 ML			VICRYL N° 2			CEFALOTINA		
SERINGA 60 ML			VICRYL N° 3			CEFALOTINA		
CATETER JELCO N° 14			VICRYL N° 4			CEFTRIAXONA		
CATETER JELCO N° 16			VICRYL N° 5			GENTAMICINA		
CATETER JELCO N° 18			VICRYL N° 6			METRONIDAZOL		
CATETER JELCO N° 22			CAT GUT SIMPLES N°			SOROS		
CATETER JELCO N° 24			CAT GUT SIMPLES N°			FISIOLÓGICO 250ML		
CATETER PERIDURAL			CATGUT CROMADO N°			FISIOLÓGICO 500ML		
SCALP N° 19			CATGUT CROMADO N°			GLUCOSADO 5% 250ML		
SCALP N° 21			SOLUÇÕES			GLUCOSADO 5% 500ML		
SCALP N° 23			ALCOOL 70%			RINGER LACTADO 500ML		
SCALP N° 25			ALCOOL 90%			MANTOL		
SCALP N° 27			PVPI TÓPICO			PSICOTRÓPICOS		
EQUIPO INJ. LATERAL			PVPI DERMANTE			MIDAZOLAN 15MG		
EQUIPO POLIFIX 2 VIAS			ALCOOL IODADO			MIDAZOLAN 50MG		
EQUIPO POLIFIX 4 VIAS			ÁGUA OXIGENADA			DOMOTIDOLISSAL		
EQUIPO MACROGOTAS			VASELINA LÍQUIDA			FENTANIL FRASCO		
EQUIPO MICROGOTAS			FORMOL			FENTANIL AMPOLA		
EQUIPO DE SANGUE			CLOREXODINA			PROPOFOL		
DRENO DE PENROSE N°			ANESTÉSICOS			HALOTANO		
DRENO DE SUÇÃO N°			XYLOCAÍNA GEL			ENFLURANO		
DRENO DE TORAX N°			XYLOCAÍNA SPRAY			ISOFURANO		
UROFIX SIST. ABERTO			XYLOCAÍNA 2% S/V			SEVOFURANO 100MG		
UROFIX SIST. FECHADO			NEOCAÍNA PESADA			SEFURANO 250MG		
ELETRODOS			NEOCAÍNA 0,5% S/V			THIOPENTAL 1G		
LÂMINA N° 11			NEOCAÍNA 0,5% C/V			THIOPENTAL		
LÂMINA N° 15			BUPRACAÍNA 5 MG			NARCAN		
LÂMINA N° 24			MEDICAMENTOS			TAXA EQUIPAMENTO		
LUIVA ESTÉRIL 6,5			ADRENALINA			BISTURI ELÉTRICO		
LUIVA ESTÉRIL 7,0			AMINOFEUNA			ASPIRADOR		
LUIVA ESTÉRIL 7,5			ATROPINA			AR COMPRIMIDO (H)		
LUIVA ESTÉRIL 8,0			ÁGUA DESTILADA			MICROSCÓPIO		
LUIVA ESTÉRIL 8,5			BUSCOPAN			RX EM SALA		
LUIVA DE PROCEDIMENTO (PAR)			CEDILANDE			MONITOR CARDÍACO		X
SONDA DE FOLLEY			HIDROCORTISONA 100MG			OXÍMETRO DE PULSO		Y
TUBO OROTRAQUEAL			HIDROCORTISONA 500MG			CARRO DE ANESTESIA		
CÂMULA TRAQUEOSTOMIA			KCL			OXIGÊNIO (H)		
SONDA DE ASPIRAÇÃO N°			NACI 10%			OUTROS		
SONDA GÁSTRICA N°			NACI 20%					
CERA ÓSSEA			DEXAMETASONA					
SURGICEL			DIPIRONA					
TELA DE PROLENE			DOBUTAMINA					
ATADURA DE CREPOM N°			EFORTIL					
COMPRESSA								
COMPRESSA DE GAZES								
ALGODÃO ORTOPÉDICO								

CIRCULANTE

INSTRUMENTADOR



ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
BOLETIM DE GASTO CIRÚRGICO

NOME: Antonio de Paula

CIRURGIÃO

ANESTESISTA

ENFERMARIA

LEITO

CIRURGIA

ANESTESIA

MATERIAL DE CONSUMO	UNIDADE	QUANTIDADE	MATERIAL DE CONSUMO	UNIDADE	QUANTIDADE	MATERIAL DE CONSUMO	UNIDADE	QUANTIDADE
AGULHA 13 x 4,5	-	01	ATADURA GESSADA			EFEDRINA		
AGULHA 25 x 7	-	01	MICROPORÉ			FUROSEMIDA/PIROMETAZINA		
AGULHA 30 x 7	-	01	ESPÁRADRAPO			GLICOSE 25%		
AGULHA 30 x 8	-	01				GLICOSE 50%		
AGULHA 40 x 12	-	01	FIOS CIRÚRGICOS			GLUCONATO DE CÁLCIO		
AGULHA DE RAQUE 20G x 3	-	01	MONONYLON N° 0	-	02	HEPARINA		
AGULHA DE RAQUE 22G x 2	-	01	MONONYLON N° 1			NITROPRUSSÍATO		
AGULHA DE RAQUE 22G x 3	-	01	MONONYLON N° 2			PROSTIGMINE		
AGULHA DE RAQUE 25G x 3	-	01	MONONYLON N° 3			METOCLOPRAMIDA		
AGULHA DE RAQUE 25G x 3	-	01	MONONYLON N° 4			SUCCINILCOLINA		
AGULHA DE RAQUE 27G x 3	-	01	MONONYLON N° 5			SULFATO DE MAGNÉSIO		
SERINGA 1 ML	-	01	MONONYLON N° 6			METILPREDNISOLONA		
SERINGA 5 ML	-	01	MONONYLON N° 7			DICLOFENACO		
SERINGA 10 ML	-	01	VICRYL N° 0			ANTIBIÓTICOS		
SERINGA 20 ML	-	01	VICRYL N° 1			AMPLICILINA		
SERINGA 50 ML	-	01	VICRYL N° 2			CEFALOTINA		
SERINGA 60 ML	-	01	VICRYL N° 3			CEFALOTINA		
CATETER JELO N° 14	-	01	VICRYL N° 4			CEFTRIAXONA		
CATETER JELO N° 16	-	01	VICRYL N° 5			GENTAMICINA		
CATETER JELO N° 18	-	01	VICRYL N° 6			METRONIDAZOL		
CATETER JELO N° 20	-	01	CAT GUT SIMPLES N°			SOROS		
CATETER JELO N° 24	-	01	CAT GUT SIMPLES N°			FISIOLÓGICO 250ML	-	03
CATETER PERIDURAL	-	01	CAT GUT CROMADO N°			FISIOLÓGICO 500ML	-	03
SCALP N° 19	-	01	CAT GUT CROMADO N°			GLUCOSADO 5% 250ML	-	03
SCALP N° 21	-	01	SOLUÇÕES			GLUCOSADO 5% 500ML	-	03
SCALP N° 23	-	01	ALCOOL 70%			RINGER LACTADO 500ML	-	03
SCALP N° 25	-	01	ALCOOL 90%			MANITOL		
SCALP N° 27	-	01	PVPI TÓPICO			PSICOTRÓPICOS		
EQUIPO INJ. LATERAL	-	01	PVPI DEGERMANTE			MIDAZOLAN 15MG		
EQUIPO POLIFIX 2 VIAS	-	01	ALCOOL IODADO			MIDAZOLAN 50MG		
EQUIPO POLIFIX 4 VIAS	-	01	ÁGUA OXIGENADA			DOMOTIDOLSSAL		
EQUIPO MACROGOTAS	-	01	VASELINA LÍQUIDA			FENTANIL FRASCO		
EQUIPO MICROGOTAS	-	01	FORMOL			FENTANIL AMPOLA		
EQUIPO DE SANQUE	-	01	CLOREXIDINA			PROPOFOL		
DRENO DE PENROSE N°	-	01	ANESTÉSICOS			HALOTANO		
DRENO DE SUÇÃO N°	-	01	XYLOCAÍNA GEL			ENFLURANO		
DRENO DE TÓRAX N°	-	01	XYLOCAÍNA SPRAY			ISOFLURANO		
UROFIX SIST. ABERTO	-	01	XYLOCAÍNA 2% SN			SEVOFLURANO 100MG		
UROFIX SIST. FECHADO	-	01	NEOCAÍNA PESADA			SEFLURANO 250MG		
ELETRODOS	-	01	NEOCAÍNA 0,5% SN			THIOPENTAL 1G		
LÂMINA N° 11	-	01	NEOCAÍNA 0,5% CN			THIOPENTAL		
LÂMINA N° 15	-	01	BUPRACAÍNA 5 MG			NARCAN		
LÂMINA N° 24	-	01	MEDICAMENTOS			TAXA EQUIPAMENTO		
LUNA ESTÉRIL 6,5	-	01	ADRENALINA			BISTURI ELÉTRICO		
LUNA ESTÉRIL 7,0	-	01	AMINOFILINA			ASPIRADOR		
LUNA ESTÉRIL 7,5	-	01	ATROPINA			AR COMPRIMIDO (H)		
LUNA ESTÉRIL 8,0	-	01	ÁGUA DESTILADA			MICROSCÓPIO		
LUNA ESTÉRIL 8,5	-	01	BUSCOPAN			RX EM SALA		
PROCEDIMENTO (PAR)	-	01	CEDILANDE			MONITOR CARDÍACO		
FOLLEY	-	01	HIDROCORTISONA 100MG			OXÍMETRO DE PULSO		
RAQUEAL	-	01	HIDROCORTISONA 500MG			CARRO DE ANESTESIA		
NEOSTOMIA	-	01	KCL			OXIGÊNIO (H)		
CAÇÃO N°	-	01	NACI 10%			OUTROS		
	-	01	NACI 20%					
	-	01	DEXAMETASONA					
	-	01	DIPIRONA					
	-	01	DOBUTAMINA					
	-	01	EFORTIL					

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2018

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

CIRCULANTE

ANTONIO DE PAULA
PS 70647

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
TUBURCOS
PA

ANTONIO DE PAULA
PS 70647

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
TUBURCOS
EXT

EXT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 54.002-470
Teresina - PI

Layer: 608
Window: 1125

Tec: KLEBER
Fecha: 10/03/2018 Hora: 17:40

Layer: 802
Window: 1618

Tec: KLEBER
Fecha: 10/03/2018 Hora: 17:43

V. 508



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELO
BARRAS - PIAUÍ

SUS
Hospital Regional
Leônidas Melo

REQUISICÃO DE EXAMES

NOME <i>Leuane Aken Bezerra</i>	
IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> MASC. <input checked="" type="checkbox"/> FEM. CLÍNICA
ENDEREÇO	
DADOS CLÍNICOS <i>Acidente motorístico</i>	
DADOS SOLICITADOS (NO MÁXIMO TRÊS) <i>RX. joelho D</i>	
DATA <i>31/03/18</i>	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE <i>[Signature]</i>
ESTE EXAME É PAGO PELO SUS É PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA CENTRAL DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO DO SUS PRAÇA JOÃO LUIZ FERREIRA, 227 - FONE (86) 3221-1440 / TERESINA-PI	
ASSINATURA PACIENTE/RESPONSÁVEL	MÉDICO SOLICITANTE (CARIMBO E ASSINATURA)

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

U-508



GOVERNO
DO PIAUÍ

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELO
BARRAS - PIAUÍ



Hospital Regional
Leônidas Melo

SUS

REQUISICÃO DE EXAMES

NOME <i>Leuane Aken Bezerra</i>	
IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> MASC. <input checked="" type="checkbox"/> FEM. CLÍNICA
ENDEREÇO	<input type="checkbox"/> AMBULATÓRIO <input type="checkbox"/> INTERNADO

DADOS CLÍNICOS

Acidente motorístico

DADOS SOLICITADOS (NO MÁXIMO TRÊS)

RX. joelho D

DATA

31/03/18

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

[Assinatura]

ESTE EXAME É PAGO PELO SUS É PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA
CENTRAL DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO DO SUS
PRAÇA JOÃO LUIZ FERREIRA, 227 - FONE (86) 3221-1440 / TERESINA-PI

DATA

ASSINATURA PACIENTE/RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE (CARIMBO E ASSINATURA)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2018

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