





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

Valorização 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:

A handwritten signature in blue ink that appears to read "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: <i>Antonio de Paula</i>		
Nacionalidade: Brasileiro (a)	Estado Civil: <i>casado</i>	Profissão: <i>Lorador</i>
Identidade nº: <i>6421503</i>	CPF nº: <i>833.567.033-15</i>	
Endereço: <i>localidade currais SIN B-Rural Barra-Piaui</i>		
CEP: <i>64.100-000</i>	Telefone: (86) 99982-3093	

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, Nº 790, Bairro: Vermelha – Teresina – PI, CEP: 64.019-330

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

Antonio de Paula

Barra-Pi 11/07/2018

Local e data



**Antonio de Paula*
 - Outorgante -

RECIBO NA FOLHA D'ONDE



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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (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 creditá-lo o pagamento.

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

833.567.033-15

Nome completo da vítima

Antonio de Paula

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Antonio de Paula	833.567.033-15	Lavrador
Endereço	Número	Complemento
localidade rural	51	
Bairro	Estado	CEP
Zona Rural	Piauí	64100-000
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

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

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

AGÊNCIA
NRO.

5792

D/V

CONTA
NRO.

5797

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Name _____ NRO. _____

AGÊNCIA
NRO.

D/V

CONTA
NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Barra de 03 de Agosto

Local e Data

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2018

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

Antonio de Paula

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 105495.000909/2018-01

Unidade de Registro: DELEGACIA GERAL DE POLICIA CIVIL

Resp. pelo Registro: Claudio Barros Monteiro

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Fiscal Responsável	464281	Data/Hora
TIKAS		06/03/2018 - 10:00
Tipo Local		
OUTROS		
Município	Bairro	
BARRAS	OUTROS - ZONA RURAL	
Endereço		
OUTROS, N°:		
Complemento	Ponto de Referência	

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO DE PAULA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Endereço: LOCALIDADE CURRAIS 2, N°:
100 S - ZONA RURAL

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2018

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

- Lesão corporal acidental no trânsito.

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

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - HONDA	CG 150 TITAN ESD	2015	PIK7131	9C2KC1650FR004197	01072336330	Preto
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. 2990903
AGENTE DE POLICIA

ANTONIO DE PAULA - Noticiante
Responsável pela Informação

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

Antônio de Paula

CPF da Vítima

833.567.033-19

Data do Acidente

06.03.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

MINISTÉRIO PÚBLICO DE RESENDE
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
14 AGO 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Niterói - RJ - 24210-100
Teresina - PI

Barras, 03 de Agosto de 18

Local e Data

Antônio de Paula

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

TRATAMENTO REALIZADO

① Vitamina C

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

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

RG: 14 AGO 2018

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



RN DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL LEÔNIDAS MELO - BARRAS - PI
BOLETIM DE ATENDIMENTO AMBULATÓRIO E DE URGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE
Antônio de Paula

PAI	<u>Antônio Pedro de Paula Souza</u>
MÃE	<u>Luzinha de Paula</u>
ENDERECO	<u>Loc. Curral II</u>
MUNICIPIO	<u>Barras</u>
ESTADO	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64100-000</u>

DADOS SOBRE ATENDIMENTO

DATA DO ATENDIMENTO

06/03/19

HORA

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Paciente apresenta queixa de dor no lado esquerdo da coxa.

Social: D'ocorrência de dor no lado esquerdo da coxa.

Exame: Dor no lado esquerdo da coxa.

Diagnóstico: Dor no lado esquerdo da coxa.

Exames: Radiografia de coxa.

Medicamentos: Analgésicos.

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

CRM- PI 5884

DATA: 06/03/19 ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ASSISTENTE
Dr Hugo Daniel Belisario R. Souza

Médico

BRADESCO

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: 00000005797-5

Nr. Autenticação

BRADESCO31082018050000000002370579200000005797168750 PAGO

**Eletrobras**

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ

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 / Renicia

recorte aqui

**Eletrobras**

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ

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 1953655574
Av. Odilon Araújo, 1035, Piciara - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

TC 1-36
28188887187737

MATRÍCULA

13650041-2

RETURNAF
MÊS/AÑO

152256673
8/2018

ENDEREÇO
MORADOR MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

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

LOCALIZAÇÃO
002-00019-002030

GRUPO
002

NÚMERO DO HORÓMETRO
A85N287017

HISTÓRICO DE CONSUMO

MES/AÑO	LITROS	USO	INTURADO	%
06/2018	1.140	24	24	
05/2018	1.140	16	16	
04/2018	1.140	15	15	
03/2018	1.140	15	15	
02/2018	1.140	22	19	

ECONOMIAS-CATEGORIAS/ TIPO DA FÁS

1. Residencial - Normal

DATA
ANTERIOR 11/07/2018 1441
ATUAL 07/08/2018 1458

RETURNAF

UR 15.7428912
PL.WGDP-7.41+1.65% 1.62
CORRIS 62.41+7.68% 4.74

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL
VALORES CONSUMO MÉDIO FENI

10 25 4.9400 50
25 999999 8.5340 50

DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS DA FÁTURA

DESCRIPÇÃO	VALOR REFERENTE ÁGUA - 61,09	VALOR REFERENTE ÁGUA - 61,09	VALOR REFERENTE ÁGUA - 61,09
> Residencial-Normal	17,0 m ³	61,09	
JUROS POR ATRASO	07/2018	0,16	
MULTA POR ATRASO	07/2018	1,16	

NÃO RESIDENCIAL
VALORES CONSUMO MÉDIO FENI

VENCIMENTO
20/08/2018

TOTAL FÁTURA

62,41

IRREGULARIDADES / ANOMALIAS

INFORMAMOS QUE SUA LIGAÇÃO DE ÁGUA PODERA SER MODIFICADA
CASO NÃO ESTEJA DEVIDAMENTE DE ACORDO COM OS PADRÕES.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços,
conforme Leis Federais nº. 11.445/2007, Art. 40, Inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

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

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

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC/Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017,ANEXO X)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTais	473	472	1	Ausência	Ausente
ESCHERICHIA COLI	473	473	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 07/08/2018 HORA DA EMISSÃO: 10:22

TC 1-36
28188887187737

**Aguas de
Teresina**

MATRÍCULA

13650041-2

RETURNAF

152256673
8/2018

VENCIMENTO

20/08/2018

VALOR FÁTURA

62,41

826500000000-3 62411535000-8 08201815225-2 66730100104-2



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2018

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

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 Maia do Carmo Procadonio da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703 / 000, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônio de Paula inscrito (a) no CPF sob o Nº 833.567.033/15, do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz da Vítima Antônio de Paula, inscrito (a) no CPF sob o Nº 833.567.033/15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
e apresento os documentos comprobatórios:
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2018

GENTE SEGURADORA
Seguradora LIDER DPVAT Residencial Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LIDER DPVAT Residencial, 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	Número	Complemento
<u>Rua Henrique Dias</u>	<u>790</u>	
<u>Jurema</u>	<u>Estado</u>	<u>CEP</u>
	<u>Piauí</u>	<u>64019.330</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
		<u>(86) 99982-3093</u>

Teresina 03 de Agosto de 18

Local e Data
Assinatura do Declarante

Maia do Carmo Procadonio da Silva

Declaração do Proprietário do Veículo

Ed. Rifram de Araújo Machado,
RG nº 2.141.699, 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
Piáui, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Locality Paissandu, 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 CG 150 TITAN E SD

Ano: 2014

Placa: PIK-7131

Chassi: 9C2KC1650ER004197

Data do Acidente: 06/10/2018

Local e Data: Barras - PI 09/07/2018

Rifram de Araújo Machado
Assinatura do Declarante



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



EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

TRATAMENTO REALIZADO

① *Vitória Imp. A.*

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

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

Punhalo na Perna

2015-03-06 08:35:39

DEPARTAMENTOS DE SERVIÇOS
BPVAT
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



RIO DO ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL REGIONAL LÉONIDAS MELO - BARRAS - PI

BOLETIM DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL E DE URGENCIA



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

*Antônio de Paula*DATA DE NASCIMENTO
*03/03/1955*PROFISSÃO
*—*SEXO
 MASC FEM

FILIAÇÃO

PAI
*Antônio Pedro de Paula Souza*MÃE
*Lúcia de Paula*ENDERECO
*Av. Eusébio TE*MUNICIPIO
*Bonfim*ESTADO
*Piauí*CEP
64100-000

DADOS SOBRE ATENDIMENTO

DATA DO ATENDIMENTO
06-03-19

HORA

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Paciente apresenta ferida na perna causada por acidente moto-
bicílico. Nega DM, HIS, alergia medicamentosa.

HGT: 165g/m²

DIAGNÓSTICO
Fratura aberta

Data: 06/03/18

SpO₂: 97

FC: 85 bpm

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL
Hugo Daniel Batista R. Souza
CRM- PI 56861

RG: 123456789012345678
CPF: 123.456.789-00
D.O. da Motocicleta: 123456789012345678
FC: 85 bpm

RG:

Atendimento	I012127
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:

Médico: 2422 - RENATO JORGE CARVALHO OLIVEIRA

CPF: RG: 6421503

C/N: CNS: 702606206020040

Endereço: LOACIDADE CURRAIS II, N° 0 - CEP: 64100-000

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: 2201200- BARRAS/PI

Profissão:

Telefone: () -

Pai: ANTONIO PEDRO DE PAULA

Mae: QUITERIA DE SOUSA

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

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2018

Resultado	Curado	Removido	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.02-470 Teresina-PI
	Melhorado	Pedido	+48 Horas
	Inalterado	Evasão	48 Horas
	Piorado	Indisciplina	Obito
Transferido			

História Clínica

*Trauma no joelho
clínico visto - comum*

*2. Foi - comumente visto
fui - infecções hem*

Diagnóstico Provável

Foi exp joelho :)

Dr. Renato Jorge C. Oliveira
ONTOPEDIA
CRM 182.943.763-91 - CRM-2022

PROFISSIONAL



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
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

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

702606206020040

10 - NOME DA MÃE

QUITERIA DE SOUSA

12 - ENDEREÇO

LOACIDADE CURRAIS II, 0 - ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BARRAS

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

71291

9 - SEXO

Masc. 1 Fem. 2

11 - TELEFONE DE CONTATO

() -

8 - DATA DE NASCIMENTO

01/03/1955

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2201200

15 - UF

PI

16 - CEP

64100-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Trauma contuso contuso joelho
dir

L Fract comintra protolo

Fract. inserção tendinea femur

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2018

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fract. exp joelho.)

21 - CID PRINCIPAL

GENTE SEGURO AGENSIAS ASSOC.
Centro-Norte Centro, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina/PI

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Lm

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

CLINICA MEDICA

URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS (x) CPF

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

06/03/2018

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

Dr. Renato Santos Oliveira
ÓTÓPRASTIA
CRM 2422

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

TIAGO DOS SANTOS SILVA

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

38 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ORGÃO EMISOR

M230350101

49 - Nº DAAUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

TIAGO DOS SANTOS SILVA

45 - DOCUMENTO

() CNS (x) CPF

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

01471547310

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES, 300 - CENTRO
64260-000, PIRIPIRI/PI
CNPJ: 06553564000480
TELEFONE: (66) 3276-3302

PACIENTE: 1012127-ANTONIO DE PAULA

ENFERMAGIA: Cazuza, Clínica Médica

LEITO: 5M0701

ADMISSÃO: 11/03/2018

IDADE: 63 Anos

SUS

Nº/5 INTERRAÚDO: 5

PRESCRIÇÃO MÉDICA

11/03/2018 - 08:53:20

DIETA LIVRE

TRAMADOL 100MG/72HS C/GRDATO	1,00	LÍQUID	ENDOVENOSA (EV)	08/03/18
DIPRIRON 800MG/ML 2ML	1,00	AMP	ENDOVENOSA (EV)	05/03/18
CITAXOLINA 1G INJ.	2,00	FRAMFENDOVENOSA (EV)	AGÜIA	
CEFALOTINA 1G INJ.	1,00	FRAMFENDOVENOSA (EV)	APOS CIRURGIA	
GENTAMICINA 80MG/ML 2ML	1,00	AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/03/18
ACESSO VENOSO	1,00			
SSV/CCG				

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

Alfonsina dia 12/03/18 às 7:00hs
mns per- 020x80mm usg
far: 32,224mm

01.30 PA: 120/80 mmHg

Dr. Alfonso Leão
CRM-PI 2088 TEOF 14004
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgião do Ombro e Cotovelo

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
 AV. DR. PADUA MENDES, 300 - CENTRO
 64260-000, PIRIPIRI/PI
 CNPJ: 065533564000480
 FONE: (86) 3276-3362



PACIENTE: 1012127-ANTONIO DE PAULA
 ENFERMARIA: CM07-CLINICA MEDICA

LEITO:CM0701

IDADE: 63 Anos
 SUS
 ADMISSÃO: 06/03/2018
 DIAS INTERNADO: 4

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

10/03/2018 - 16:58:21

DIETA LIVRE

TRAMADOL 100MG/2ML CLORIDRATO

1,00 UN ENDOVENOSA (EV)

08/08H

13/04/18

24/06

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

12/07

HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES, 300 - CENTRO
64260-000, PIRIPIRI/PI
CNPJ: 065533564000480
TELEFONE: (06) 3276-3362



PACIENTE: 1012127-ANTONIO DE PAULA
ENFERMAGIA: CM07 CLINICA MEDICA

LITO-CM0703

ADMISSÃO: 06/03/2018
IDADE: 63 Anos

SUS

DIAS INTERNADO: 3

PRESCRIÇÃO MÉDICA

09/03/2018 - 10:14:27

DIETA LIVRE

TRAMADOL 100MG/2ML C/ODORATO	1,00	U.S.	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	20	04	12
DIPIRONA 500MG/2ML	1,00	AMP	ENDOVENOSA (EV)	06/06H	18	00	00
LEFACOLINA 1G IMI.	2,00	TRAMÉ	ENDOVENOSA (EV)	AGORA	14	00	00
CEFALOTINA 1G IMI.	1,00	TRAMFENDOVENOSA (EV)	06/06H	APOS CIRURGIA	18	00	00
GENTAMICINA 80MG/ML 2ML	1,00	AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	20	04	12
ACESSO VENOSO	1,00						

SSW+CCGG



Dr. Adriel Ledo
CRM-PB 3888 - TECR 14004
Ortopedia e Traumatologia
Chamada do Omurro e Cotovelo

17.º00.ºPA: 110/60 mmHg
fx: 36,ºC
fx = 36,ºC
fael uta
00h - PA - 100/70 mmHg
6h P.A. - 110 X 70 mmHg
+ ax - 36,4 ºC/mmHg

PROFISSIONAL



PACIENTE: 1012127-ANTONIO DE PAULA
ENFERMARIA: CM07-CLINICA MEDICA

LEITO:CM0701

IDADE: 63 Anos
ADMISSÃO: 06/03/2018

SUS

DIAS INTERNADO: 2

PRESCRIÇÃO MÉDICA

08/03/2018 - 17:29:58

DIETA LIVRE

TRAMADOL 100MG/2ML CLORIDRATO	1,00	UN	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	<i>20/03/18</i>	<i>05/04/18</i>	<i>19/04/18</i>
DIPIRONA 500MG/ML 2ML	1,00	AMP	ENDOVENOSA (EV)	06/06H	<i>05/03/18</i>	<i>04/04/18</i>	<i>06/04/18</i>
CEFAZOLINA 1G INJ.	2,00		FRAMPENDOVENOSA (EV)	AGORA	<i>05/03/18</i>	<i>04/04/18</i>	<i>05/04/18</i>
CEFALOTINA 1G INJ.	1,00		FRAMPENDOVENOSA (EV)	06/06H	<i>05/03/18</i>	<i>04/04/18</i>	<i>06/04/18</i>
GENTAMICINA 80MG/ML 2ML	1,00	AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/08H	<i>05/03/18</i>	<i>04/04/18</i>	<i>06/04/18</i>
ACESSO VENOSO					<i>Ok</i>	<i>Ok</i>	<i>Ok</i>
SSVV+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. Fausto Vítor Pirononcelli
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PI 4427



PACIENTE: 1012127-ANTONIO DE PAULA

ENFERMAGEM: CMG7-CUTICIA MÉDICA LEITO:CMG701

ADMISSÃO: 05/03/2018

IDADE: 63 Anos

SUS

DIAS INTERNAU: 2

PRESCRIÇÃO MÉDICA

07/03/2018 - 10:54:40

DIETA LIVRE

TRAMADOL 100MG/2ML FLORIDRATO	1,00	LIN	ENDOVENOSA (EV)	06/03/18
DIPIRONA 500MG/2ML 3ML	1,00	AMP	ENDOVENOSA (EV)	06/03/18
CÉFAZOLIN 1G INJ.	2,00	FRAZET	ENDOVENOSA (EV)	06/03/18
CEPALOTINA 1G INJ.	1,00	FRAM	ENDOVENOSA (EV)	06/03/18
GENTAMICINA 80MG/ML 2ML	1,00	AMP	ENDOVENOSA (EV)	08/03/18
ACESSO VENOSO	1,00			
SSV+CCGG				

1025-09 = 19600mL
Rx: 36,000c
falei ista
18:00 Rx: 19600mL
Rx: 36,000c
sab 9h = 100700mL



Dr. Refato Dr. Oliveira
CRM - PI 2422
Ortopedista Traumatologista

PROFESSIONAL



HOSPITAL REGIONAL CHAGAS RODRIGUES
AV. DR. PADUA MENDES, 300 - CENTRO
CEP 18030-000 - MARINGÁ - PR

64260-000. PIRIPIRI/P

CNPJ: 06553564000480

TELEFONE: (86) 3276-3362

PACIENTE: 1012127-ANTONIO DE PAULA

EMERGING TRENDS IN CULTURAL INSTITUTIONS

100

MIGRATION: 03/03/2018

DIAS INTERNADO: 0

63 ANOS, 5 DIAS

06/03/2018 - 20:13:18

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA ZERO	14 GOTAS/MIN	DEPA CON	GENTE Paulo Coelho Centro-N T
SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML SISTEMA FECHADO	1,00 AMP ENDOVENOSA (EV)	12/12H	14 GOTAS/MIN (20,00) (14,50)
SORO GLICOSADO 50MG/ML 5% 500ML	1,00 FRA ENDOVENOSA (EV)	12/12H	(20,30) (14,50)
TRAMADOL 100MG/2ML CLORIDRATO	1,00 UN ENDOVENOSA (EV)	08/08H	14:31 AM
DIPIRONA 500MG/ML 2ML	1,00 AMP ENDOVENOSA (EV)	06/06H	14:31 AM
CEFAZOLINA 1G INJ.	SUSPEN 2,00 FRAMI ENDOVENOSA (EV)	AGORA	14:30 PM
CEFALOTINA 1G INJ.	1,00 FRAMI ENDOVENOSA (EV)	06/06H	APOS CIRURGIA
GENTAMICINA 80MG/ML 2ML	1,00 AMP ENDOVENOSA (EV)	08/08H	14:30 PM
SSVV+CCGG			14:30 PM

00h-14. 90/50 mmHg.
T: 36.4°C ~~stand~~

An 14:35h paciente admitida en CC, vinda PS paraospitalarizada de HMC de acuerdo a protocolo de urgencias D. Nada concomitantes relevantes medicamentosas. Reagudos 15:50h-ferias

16:30h- Término: comedores nictur. Q.

Dr. Renato Jorg C. Oliveira

CHM - PI 2422

PROFESSIONAL



MANO FISIOTERAPÉUTICA

Paciente: Antonio da Paula Administrador 06/03/2019
Dra. Gómez

MATHS VIAS:

MML/DO/1001/cont'd

Fr. 18 Wkpm

SpO₂: 95% BPM

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

1 AGO 2019

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

MOTOR:
Auton.
de Tum.
abda.

Aumento da mobilidade em solo direto, quando
de peso médio e de solo de segundo a terceiro grau.
adaptação

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÉUTICA:

NIVEL DE CONS
GLASGOW: _____
PUPILAS: _____
RESPONSIORIO:

8

PÁDRAO RESPIRATÓRIO E EXPANSIBILIDADE

PADRÃO RESPIRATÓRIO E EXTRUSÃO DE VENAS

THE JOURNAL OF CLIMATE

ASSINATURA / CÂRIMBO

Karoliny Lima Braga
Fisioterapeuta
CREFI TO 14-217991-F

Hospital Regional Chagas Rodrigues

BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA

NOME: Antônio de Paula CLÍNICA: _____

DIAGNÓSTICO: Freturas LEITO:

OPERAÇÃO _____

CIRURGIÃO: _____

AUXILIARES 1*

INSTRUMENTATION 2^a

INSTRUMENTADORA: _____ CIRCULANTE: _____

TECNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: Pele e couro em OPK 100-100

Spesia + arhiva par

Nº 0119-95 de enero este año

~~l'espèce d'au delà de l'écriture au fond de l'espace~~

Banca de lemn la scris

~~Aphyllançar planas + rasa~~ el condensado

~~INCIDENTE - INCIDENTE:~~

ACIDENTE - INCIDENTE

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS NA CASA

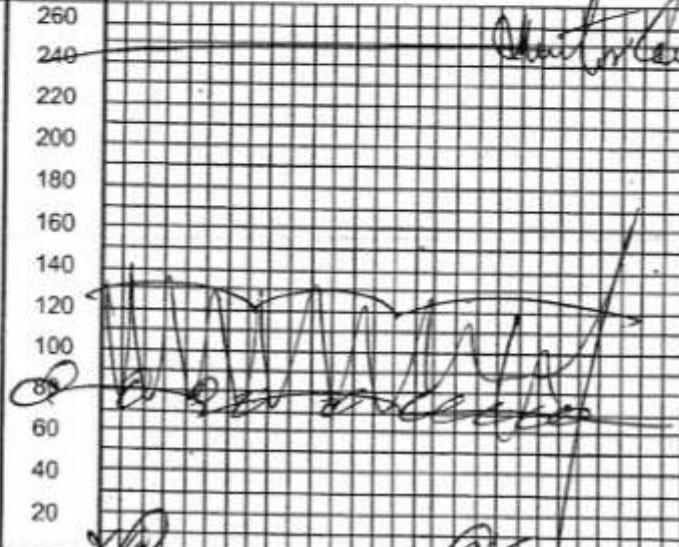
FIOS CONSUMIDOS NA SALA

DATA: _____ / _____ / _____

CIRURGIÃO - CRM

Dr. Adriel Leão
CRM: 100085 TEUT 14004
Osteopatia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo

Nome	Antônio de Paula		Clinica	Prontuário		
Idade	Sexo	Cor	Procedência			
Data	Pres. Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Fuso	Altura
Tipo sanguíneo	Hemácias	Hemoglobina	Hematórito	Glicemia	Uréia	Outros Urina

Liquidos	o2			INCLUSÃO	
	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20			Satisf. <input checked="" type="checkbox"/> Excit. <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> laring-espasmo <input checked="" type="checkbox"/> lente <input type="checkbox"/> náuseas <input type="checkbox"/> vômitos <input type="checkbox"/> outros: _____	
		MANUTENÇÃO		Anest. Satisf. <input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não. por que? _____	
		DESPERTAR		Reflexos na SO <input checked="" type="checkbox"/> Obst. o2 <input checked="" type="checkbox"/> Excit. <input type="checkbox"/> náuseas <input type="checkbox"/> vômitos <input type="checkbox"/> outros: _____ com cânula <input checked="" type="checkbox"/> para o leito, sim <input type="checkbox"/> não <input checked="" type="checkbox"/>	
		CONDIÇÕES		Bco <input checked="" type="checkbox"/>	
		DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO		Cânulas <input type="checkbox"/>	
		14 AGO 2018			
		GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 455 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI		Perda Sanguínea <input type="checkbox"/>	
Símbolos e Anotações					
Posição					
Agentes		Neostigmine P + Dijoxin			
Técnica		Rogers 3/4 A tonth #25			
Operação		Coloproctos - Pato			
Cirurgiões		Adriel + Isidore			
Anestesistas		Eduardo			
Observações					

OXIGÊNIO

INÍCIO: _____

TERMINO: _____

PACIENTE TRANSFUNDIDO

GS _____ RH _____ VOL _____

Fraxedil 01 amp
 Inova 01 amp
 Quicin 01 amp
 Fentanil 01 amp
 valium _____ amp
 Trichembutal _____ amp
 Atropina _____ amp
 Adrenalina _____ amp

Jelar
 Soro Glicosado 500ml 01 fr
 Soro Fisiológico 500ml 02 fr
 Água Bidestilada 10ml 01 amp
 Xilocaina 1% und
 Butterfly n° 20 01 und
 Fluotane 1 amp
 Prostigmine 1 amp



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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

14 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelhio de Barros, 100

第13章

Nome: Antônio da Cunha
Enfermaria 02 Leito VI Cirurgião Dr. Santo ANESTESISTA Dr. Edimundo
Evolução IMC 31,1 exponencial critica
Início 35/05 Término 30/05 Anestesia Rágue.

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			MICROPORE			FUROSEMIDA/PROMETAZINA		
AGULHA 30 x 7			ESPARADRAPO			GLICOSE 25%		
AGULHA 30 x 8						GLICOSE 50%		
AGULHA 40 x 12						GLUCONATO DE CALCIO		
AGULHA DE RAQUE 20G x 3			FIOS CIRURGICOS			HEPARINA		
AGULHA DE RAQUE 22G x 2			MONONYLON N° 0			NITROPRUSSIATO		
AGULHA DE RAQUE 22G x 3			MONONYLON N° 1			PROSTIGMINE		
AGULHA DE RAQUE 25G x 3			MONONYLON N° 2			METOCLOPRAMIDA		
AGULHA DE RAQUE 25G x 3			MONONYLON N° 3			SUCCINILCOLINA		
AGULHA DE RAQUE 26G x 3			MONONYLON N° 4			SULFATO DE MAGNÉSIO		
AGULHA DE RAQUE 27G x 3			MONONYLON N° 5			METILPREDNISOLONA		
SERINGA 1 ML			MONONYLON N° 6			DICLOFENACO		
SERINGA 5 ML								
SERINGA 10 ML			VICRYL N° 0			ANTIBIÓTICOS		
SERINGA 20 ML			VICRYL N° 1			AMPICILINA		
SERINGA 50 ML			VICRYL N° 2	UN	01	CEFALOTINA		
SERINGA 60 ML			VICRYL N° 3			CEFAZOLINA		
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°					
CATETER JELCO N° 24			CAT GUT SIMPLES N°			SOROS		
CATETER PERIDURAL			CATGUT CROMADO N°			FISIOLÓGICO 250ML		
SCALP N° 19			CATGUT CROMADO N°			FISIOLÓGICO 500ML		
SCALP N° 21						GLICOSADO 5% 250ML		
SCALP N° 23			SOLUÇÕES			GLICOSADO 5% 500ML		
SCALP N° 25			ÁLCOOL 70%			RINGER LACTADO 500ML		
SCALP N° 27			ÁLCOOL 90%			MANITOL		
EQUIPO INJ. LATERAL			PVP1 TÓPICO					
EQUIPO POLIFIX 2 VIAS			PVP1 DESGERMANTE			PSICOTROPICOS		
EQUIPO POLIFIX 4 VIAS			ÁLCOOL IODADO			MIDAZOLAN 15MG		
EQUIPO MACROGOTAS			ÁGUA OXIGENADA			MIDAZOLAN 50MG		
EQUIPO MICROGOTAS			VASELINA LIQUIDA			DOMOZOLOSSAL		
EQUIPO DE SANGUE			FORMOL			FENTANI, FRASCO		
DREN DE PENROSE N°			CLOREXIDINA			FENTANI AMPOLA		
DREN DE SUÇÃO N°						PROPOFOL		
DREN DE TÓRAX N°			ANESTÉSICOS			HALOTANO		
UROFIX SIST. ABERTO			XYLOCAÍNA GEL			ENFLURANO		
UROFIX SIST. FECHADO			XYLOCAÍNA SPRAY			ISOFLURANO		
ELETRODOS			XYLOCAÍNA 2% S/V			SEVOFLURANO 100MG		
LÂMINA N° 11			NEOCÁINA PESADA			SEFLURANO 250MG		
LÂMINA N° 15			NEOCÁINA 0,5% S/V			THIOPENTAL TG		
LÂMINA N° 24			NEOCÁINA 0,5% C/V			THIOPENTAL		
LUNA ESTÉRIL 6,5			BUPIVACAÍNA 5 MG			NARCAN		
LUNA ESTÉRIL 7,0								
LUNA ESTÉRIL 7,5			MEDICAMENTOS			TAXA EQUIPAMENTO		
LUNA ESTÉRIL 8,0			ADRENALINA			BISTURI ELÉTRICO		
LUNA ESTÉRIL 8,5			AMINOFILINA			ASPIRADOR		
LUNA DE PROCEDIMENTO (PAR)			ATROPINA			AR COMPRIMIDO (H)		
SÔNDA DE FOLLEY			ÁGUA DESTILADA			MICROSCOPIO		
TUBO CROTROAQUEAL			BUSCOPAN			RX EM SALA		
CÂNLIA TRAQUEOSTOMIA			CICLOLÁTICE			MONITOR CARDIACO		
SÔNDA DE ASPIRAÇÃO N°			HIDROCORTISONA 100MG			OXIMETRO DE PULSO		
SÔNDA GÁSTRICA N°			HIDROCORTISONA 500MG			CARRO DE ANESTESIA		
CERA ÓSSEA			KCL			OXIGÊNIO (H)		
SURGICEL			NACl 10%					
TELHA DE PROLENE			NACl 20%			OUTROS		
ATADURA DE CREPOM N°			DEXAMETASONA					
COMPRESSA			DIPRORINA					
COMPRESSA DE GAZES			DOBUTAMINA					
ALGODÃO ORTOPÉDICO			EFORTIL					



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

NOME: Enfermaria		LEITO	CIRURGIO	ANESTESISTA	DATA:
					14 AGO 2018
CIRURGIA					DIVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO
INÍCIO	TÉRMINO	ANESTESIA		GENTE SEGURADORA S.A. Rua Celso de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470 Teresina - PI	
MATERIAL DE CONSUMO	UNIDADE	QUANTIDADE	MATERIAL DE CONSUMO	UNIDADE	QUANTIDADE
AGULHA 13 x 4,5			ATADURA GESSADA		EFEDRINA
AGULHA 25 x 7	-	01	MICROPORE		FUROSEMIDA/PROMETAZINA
AGULHA 30 x 7	-		ESPARADRAPO		GLICOSE 25%
AGULHA 30 x 8					GLICOSE 50%
AGULHA 40 x 12					GLUCONATO DE CÁLCIO
AGULHA DE RAQUE 20G x 3					HEPARINA
AGULHA DE RAQUE 22G x 2					NITROPRUSSIATO
AGULHA DE RAQUE 22G x 3	-	01			PROSTIGMIMINA
AGULHA DE RAQUE 25G x 3					METOCLOPRAMIDA
AGULHA DE RAQUE 26G x 3					SUCROSILCOLINA
AGULHA DE RAQUE 27G x 3					SULFATO DE MAGNESIO
SERINGA 1 ML	-	01			METILPREDNISOLONA
SERINGA 5 ML	-	01			DICLOFENACO
SERINGA 10 ML	-				
SERINGA 20 ML					
SERINGA 50 ML					
SERINGA 60 ML					
CATETER JELCO N°14					
CATETER JELCO N°16					
CATETER JELCO N°18	-	01			
CATETER JELCO N°20					
CATETER JELCO N°24					
CATETER PERDURAL					
SCALP N°19					
SCALP N°21					
SCALP N°23					
SCALP N°25					
SCALP N°27	-	01			
EQUIPO INJ. LATERAL					
EQUIPO POLIFIX 2 VIAS					
EQUIPO POLIFIX 4 VIAS					
EQUIPO MACROGOTAS					
EQUIPO MICROGOTAS					
EQUIPO DE SANGUE					
DREN DE PENROSE N°					
DREN DE SUÇÃO N°					
DREN DE TÓRAX N°					
UROFIX SIST. ABERTO					
UROFIX SIST. FECHADO					
ELETRODOS					
LÂMINA N° 11					
LÂMINA N° 15		01			
LÂMINA N° 24					
LUVA ESTÉRIL 6,5					
LUVA ESTÉRIL 7,0					
LUVA ESTÉRIL 7,5					
LUVA ESTÉRIL 8,0	Par	01			
ESTÉRIL 8,5					
ESTÉRIL 9,0					
ESTÉRIL 9,5					
ESTÉRIL 10,0					
ESTÉRIL 10,5					
ESTÉRIL 11,0					
ESTÉRIL 11,5					
ESTÉRIL 12,0					
ESTÉRIL 12,5					
ESTÉRIL 13,0					
ESTÉRIL 13,5					
ESTÉRIL 14,0					
ESTÉRIL 14,5					
ESTÉRIL 15,0					
ESTÉRIL 15,5					
ESTÉRIL 16,0					
ESTÉRIL 16,5					
ESTÉRIL 17,0					
ESTÉRIL 17,5					
ESTÉRIL 18,0					
ESTÉRIL 18,5					
ESTÉRIL 19,0					
ESTÉRIL 19,5					
ESTÉRIL 20,0					
ESTÉRIL 20,5					
ESTÉRIL 21,0					
ESTÉRIL 21,5					
ESTÉRIL 22,0					
ESTÉRIL 22,5					
ESTÉRIL 23,0					
ESTÉRIL 23,5					
ESTÉRIL 24,0					
ESTÉRIL 24,5					
ESTÉRIL 25,0					
ESTÉRIL 25,5					
ESTÉRIL 26,0					
ESTÉRIL 26,5					
ESTÉRIL 27,0					
ESTÉRIL 27,5					
ESTÉRIL 28,0					
ESTÉRIL 28,5					
ESTÉRIL 29,0					
ESTÉRIL 29,5					
ESTÉRIL 30,0					
ESTÉRIL 30,5					
ESTÉRIL 31,0					
ESTÉRIL 31,5					
ESTÉRIL 32,0					
ESTÉRIL 32,5					
ESTÉRIL 33,0					
ESTÉRIL 33,5					
ESTÉRIL 34,0					
ESTÉRIL 34,5					
ESTÉRIL 35,0					
ESTÉRIL 35,5					
ESTÉRIL 36,0					
ESTÉRIL 36,5					
ESTÉRIL 37,0					
ESTÉRIL 37,5					
ESTÉRIL 38,0					
ESTÉRIL 38,5					
ESTÉRIL 39,0					
ESTÉRIL 39,5					
ESTÉRIL 40,0					
ESTÉRIL 40,5					
ESTÉRIL 41,0					
ESTÉRIL 41,5					
ESTÉRIL 42,0					
ESTÉRIL 42,5					
ESTÉRIL 43,0					
ESTÉRIL 43,5					
ESTÉRIL 44,0					
ESTÉRIL 44,5					
ESTÉRIL 45,0					
ESTÉRIL 45,5					
ESTÉRIL 46,0					
ESTÉRIL 46,5					
ESTÉRIL 47,0					
ESTÉRIL 47,5					
ESTÉRIL 48,0					
ESTÉRIL 48,5					
ESTÉRIL 49,0					
ESTÉRIL 49,5					
ESTÉRIL 50,0					
ESTÉRIL 50,5					
ESTÉRIL 51,0					
ESTÉRIL 51,5					
ESTÉRIL 52,0					
ESTÉRIL 52,5					
ESTÉRIL 53,0					
ESTÉRIL 53,5					
ESTÉRIL 54,0					
ESTÉRIL 54,5					
ESTÉRIL 55,0					
ESTÉRIL 55,5					
ESTÉRIL 56,0					
ESTÉRIL 56,5					
ESTÉRIL 57,0					
ESTÉRIL 57,5					
ESTÉRIL 58,0					
ESTÉRIL 58,5					
ESTÉRIL 59,0					
ESTÉRIL 59,5					
ESTÉRIL 60,0					
ESTÉRIL 60,5					
ESTÉRIL 61,0					
ESTÉRIL 61,5					
ESTÉRIL 62,0					
ESTÉRIL 62,5					
ESTÉRIL 63,0					
ESTÉRIL 63,5					
ESTÉRIL 64,0					
ESTÉRIL 64,5					
ESTÉRIL 65,0					
ESTÉRIL 65,5					
ESTÉRIL 66,0					
ESTÉRIL 66,5					
ESTÉRIL 67,0					
ESTÉRIL 67,5					
ESTÉRIL 68,0					
ESTÉRIL 68,5					
ESTÉRIL 69,0					
ESTÉRIL 69,5					
ESTÉRIL 70,0					
ESTÉRIL 70,5					
ESTÉRIL 71,0					
ESTÉRIL 71,5					
ESTÉRIL 72,0					
ESTÉRIL 72,5					
ESTÉRIL 73,0					
ESTÉRIL 73,5					
ESTÉRIL 74,0					
ESTÉRIL 74,5					
ESTÉRIL 75,0					
ESTÉRIL 75,5					
ESTÉRIL 76,0					
ESTÉRIL 76,5					
ESTÉRIL 77,0					
ESTÉRIL 77,5					
ESTÉRIL 78,0					
ESTÉRIL 78,5					
ESTÉRIL 79,0					
ESTÉRIL 79,5					
ESTÉRIL 80,0					
ESTÉRIL 80,5					
ESTÉRIL 81,0					
ESTÉRIL 81,5					
ESTÉRIL 82,0					
ESTÉRIL 82,5					
ESTÉRIL 83,0					
ESTÉRIL 83,5					
ESTÉRIL 84,0					
ESTÉRIL 84,5					
ESTÉRIL 85,0					
ESTÉRIL 85,5					
ESTÉRIL 86,0					
ESTÉRIL 86,5					
ESTÉRIL 87,0					
ESTÉRIL 87,5					
ESTÉRIL 88,0					
ESTÉRIL 88,5					
ESTÉRIL 89,0					
ESTÉRIL 89,5					
ESTÉRIL 90,0					
ESTÉRIL 90,5					
ESTÉRIL 91,0					
ESTÉRIL 91,5					
ESTÉRIL 92,0					
ESTÉRIL 92,5					
ESTÉRIL 93,0					
ESTÉRIL 93,5					
ESTÉRIL 94,0					
ESTÉRIL 94,5					
ESTÉRIL 95,0					
ESTÉRIL 95,5					
ESTÉRIL 96,0					
ESTÉRIL 96,5					
ESTÉRIL 97,0					
ESTÉRIL 97,5					
ESTÉRIL 98,0					
ESTÉRIL 98,5					
ESTÉRIL 99,0					
ESTÉRIL 99,5					
ESTÉRIL 100,0					
ESTÉRIL 100,5					
ESTÉRIL 101,0					
ESTÉRIL 101,5					
ESTÉRIL 102,0					
ESTÉRIL 102,5					
ESTÉRIL 103,0					
ESTÉRIL 103,5					
ESTÉRIL 104,0					
ESTÉRIL 104,5					
ESTÉRIL 105,0					
ESTÉRIL 105,5					
ESTÉRIL 106,0					
ESTÉRIL 106,5					
ESTÉRIL 107,0					
ESTÉRIL 107,5					
ESTÉRIL 108,0					
ESTÉRIL 108,5					
ESTÉRIL 109,0					
ESTÉRIL 109,5					
ESTÉRIL 110,0					
ESTÉRIL 110,5					
ESTÉRIL 111,0					
ESTÉRIL 111,5					
ESTÉRIL 112,0					
ESTÉRIL 112,5					
ESTÉRIL 113,0					
ESTÉRIL 113,5					
ESTÉRIL 114,0					
ESTÉRIL 114,5					
ESTÉRIL 115,0					
ESTÉRIL 115,5					
ESTÉRIL 116,0					
ESTÉRIL 116,5					
ESTÉRIL 117,0					
ESTÉRIL 117,5					
ESTÉRIL 118,0					
ESTÉRIL 118,5					
ESTÉRIL 119,0					
ESTÉRIL 119,5					
ESTÉRIL 120,0					
ESTÉRIL 120,5					
ESTÉRIL 121,0					
ESTÉRIL 121,5					
ESTÉRIL 122,0					
ESTÉRIL 122,5					
ESTÉRIL 123,0					
ESTÉRIL 123,5					

RODRIGUES
BALDORCS
PA

DE AVALIAÇÕES 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

Lavali: 603
Whidow: 1125

Fecha: 10/03/2018

Tec: KLEINER
Horas: 17:40

Lavali: 802
Whidow: 1618

Fecha: 10/03/2018
Tec: KLEINER
Horas: 17:43

L. 508



GOVERNO
DO PIAUÍ

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

Hospital Regional
Leônidas Melo

SUS

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME	Renan Afonso Bezerra		
IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> MASC.	<input checked="" type="checkbox"/> FEM.	CLÍNICA <input type="checkbox"/> AMBULATÓRIO <input type="checkbox"/> INTERNADO
ENDERECO	Av. Presidente Tancredo Neves		
DADOS CLÍNICOS	Acidente motociclistico		
DADOS SOLICITADOS (NO MÁXIMO TRES)	Rx. Jemma D		
DATA	31/03/18		
ASSINATURA E CARMIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE			
<i>(Handwritten signature over the line)</i>			
ESTE EXAME É PAGO PELO SUS E PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA			
CENTRAL DE ATENDIMENTO AO USUÁRIO DO SUS			
PRACA JOÃO LUIZ FERREIRA, 227 - FONE (86) 3221-1440 / TERESINA-PI			
DATA _____			
MÉDICO SOLICITANTE/RESPONSÁVEL			
<i>(Handwritten signature over the line)</i>			

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
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

L. 508



GOVERNO
DO PIAUÍ

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



SUS

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME	Renan Afem Bezerra		
IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> MASC.	<input checked="" type="checkbox"/> FEM.	CLÍNICA <input type="checkbox"/> AMBULATÓRIO <input type="checkbox"/> INTERNADO
ENDERECO	Av. Presidente Vargas, nº 1000 - Centro - Barras - PI		
DADOS CLÍNICOS	Acidente motociclistico		
DADOS SOLICITADOS (NO MÁXIMO TRÊS)	Rx. humor D		
DATA	31/03/18		
	ASSINATURA E CARMIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE		

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

DATA

ASSINATURA PACIENTE/RESPONSÁVEL

MÉDICO SOLICITANTE (CARMIMBO 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