



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 758 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.042-740/0001-89 (Ins. Estadual: 19.301.283-5)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Selo B-1
Regime especial de impostos autorizado pela SENAT 06/98

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
1510427-3

Nº da Nota Fiscal

006903329

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 25 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2018	18/06/2018	193	174,21

VALDEIR GOMES NONES

PV MALHADA GRANDE S/N B-RURAL

CPF: 00004065223326

CEP: 64.233-000 - CARAUBAS DO PIAUÍ

ROT: 129.339.07.84.012010

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	4476	Atual:	11/06/2018
Anterior:	4283	Anterior:	10/05/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	12/07/2018
Consumo Medido:	193	Entidade:	08/06/2018
Consumo Faturado:	193	Apresentação:	11/06/2018
	NORMAL		32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Uso	Número Medidor	Posto	Código Pó	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1667086		1.1.1.1	164

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
MAR/18	243	CONSUMO	193 A R\$ 0,787140 = 151,91
ABR/18	146	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	22,30
MAR/18	171	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	1,26
FEV/18	143	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	3,31
JAN/18	210		
DEZ/17	180		
NOV/17	188		
OUT/17	191		
SET/17	166		
AGO/17	141		

TARIFA COM TRIBUTOS:
R\$ 193 - 0,577648

MONTEMOS IMPORTANTES PRAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica e restrição de 20-05-2018, em função das contas reatadas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor na SERENCA. Informamos ainda existirem contas vinculações e de reatadas no valor de R\$ 125,56 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
05/2018	130,01	

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 1692.270E.1804.04CD.A5CF.9817.3747.A662

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	31,84	Base de Cálculo:	151,91
Energia:	60,53	Alíquota ICM:	22,00%
Transmissão:	9,52	Valor de ICM:	33,42
Encargos:	9,64	Valor de PIS:	1,24
Tributos:	40,38	Valor de COFINS:	5,72

INDICADORES DE CONTINUIDADE

7,66	15,33	30,65	3,86	7,73	15,45	4,31
0,00			0,00			0,00

TABULEIRO

04/2018 42,58

ROT: 129.339.07.84.012010



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 758 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.042-740/0001-89 (Ins. Estadual: 19.301.283-5)

SEU CÓDIGO

1510427-3

TOTAL A PAGAR - R\$

174,21

MÊS FATURADO

06/2018

VENCIMENTO

18/06/2018

Nº da Nota Fiscal

006903329 FCAM

83630000001 2 74210017000 7 00000001510 7 42730618008 9



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2018

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

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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.

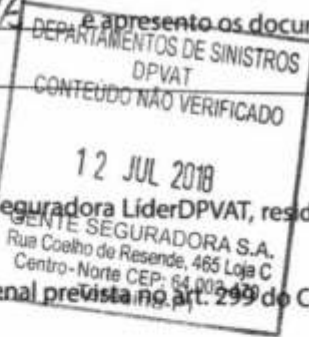
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu VALDEMIR GOMES NUNES inscrito (a) no CPF nº 40.652-233, 26 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário DEMILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO inscrito (a) no CPF sob o nº 071.548.783, 39 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima DEMILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO inscrito (a) no CPF sob o nº 071.548.783, 39, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSO-MA Renda: RECUSO-MA 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>PU MALHADA GRANDE</u>			Número	<u>514</u>	Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>RURAL</u>	Cidade	<u>CARAJAS PO RIAPI</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP	<u>64.233-000</u>
Email	<u>Valdemir.gomes29@hotmail.com</u>			Telefone comercial (DDD)	<u>86/998346526</u>	Telefone celular (DDD)	<u>86/998410689</u>

CARAJAS-PE de 05 de JULHO de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante



Dr. Felipe Machado
ORTOPEDISTA
MEDICINA DO TRABALHO
CRM PI 3652

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 SET 2018

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

Denilson Jose da Rocha de Araújo
LAUDO AO DPVAT

Paciente sofreu Acidente de Trânsito
em 25/12/2017, com Trauma Crânio
Encefálico evoluiu com Síncope.
Sulmetido a Internação por 10 dias.
Alta Clínica, Perde funções
50%. crânio devido de déficit
neurológico e psiquiátricos de
Inutilidade, distúrbio de
comportamento, Hemisfério Esquerdo
Fronto-parietal à Direita;
Cefaleia Recorrente.

Dr. Felipe Machado
Ortopedista/Médico do Trabalho
CRM-PI 3658 / TEOT 10576

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 SET 2018

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

RUA AROELINO DE ABREU, N° 346 / COCAL DA ESTAÇÃO -PI
(86)99918-8366 / 3362-1038

10/08/18

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
RUA RODRIGUES COIMBRA,
RECÓVIA DE MARAÍBA/PI - 64210-470
CNPJ: 06553564015593
(85) 3223-7188 - ()

Ficha de Atendimento Pronto Atendimento)
Atendimento: P034511 Registro: 145833
Data: 25/12/2017 Hora: 01:00
Funcionário: MAYRA... Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
Senha 27 SUS

DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO

CPF: - RG: - SUS:

Nasc: 23/10/1999 Idade: 18 ANOS, 2 MESES, 2 DIAS Profissão: Civil: CEP:
End: RUA ADRIANO PORTELA, 01 Bairro: CAIXA DA AGUA Cidade: COELHO DE RESENDE - PIAUÍ
IBGE: 2202539 Cor: SEM Mãe: ORLENÉ MARIA DA ROCHA Tel: -/(86) 9812-1623

Clinica: CLÍNICA

Documento: 1 - HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

Responsável: DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO O MESMO Temp.: °C Peso Kg P.A.:

Procedimentos

25/12/2017 7:01 0301000051 ATENDIMENTO EM URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

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

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO

*Queixa queda da moto com ferimento
em membro superior direito.*

Exame clínico/físico:

ECG: 15.

Diagnóstico provável:

*Acidente de moto
com ferimento em membro superior direito.*

Medicação:

*SA = Sulfato
Acetilsalicílico
Sem outros exames de CB*

04.01.01.035.8

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

*Atenção: este documento
é de uso exclusivo
do Hospital Estadual*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2018

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

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

RUA RODRIGO COIMBRA,
RODÓVIARIA, PARNAIABA/PI - 64216-470
CNPJ: 06553564015593
(86) 3323-7188 - ()

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0246663
Data: 26/12/2017
Funcionário: LUCIARA

Registro: 458
Hora: 11:07:02
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 68

SUS

DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO

Nasc.: 23/10/1999 Idade: 18 ANOS, 2 MESES, 3 DIAS Profissão:

End.: RUA ADRIÃO PORTELA, 91 Bairro: CAIXA D'ÁGUA

Cit: SEM Telefone: () Mãe: ORLENE MARIA DA ROCHA

Civil:
Cidade: CARAUBAS DO PIAUÍ
País:

Clinica: **CLÍNICA MÉDICA**

Demanda: DEMANDA ESPONTANEO

Atendimento de **URGÊNCIA**

Procedimentos

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA
01 CONSULTA (ACOLHIMENTO)

História Clínica/Exame físico:

Hora: 11:05
☐ Internação

Exames Complementares:

Diagnostico provavel:

TCE

Prescrição Médica:

① TC do crânio

② Ao neurologo.

Dr. Wilson Cabral
Médico
CRM/PI 1305

Hora: 11:29

Anotações da Classificação de Risco

Prioridade:

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

Queixa/História: PACIENTE RELATA QUEDA DE MOTO HA 24 HORAS, AINDA QUEIXA-SE DE CEFALÉIA. (SIC)

Alergias: NEGA ALERGIA

Medicação Usual:

PA: 110x70 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

Condulta: AO CLINICO

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

440922 - LIZIANNE DE FATIMA BESSA AMARAL
Enfermeiro Responsável

Hora:

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino:



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE



NOTA DE SALA DE CIRURGIA

NOME: Dencilnon José de Rocha de Azevedo
INÍCIO: _____ HORA. TÉRMINO: _____ HORA DURAÇÃO: _____ HORAS
CIRURGIA: _____ CIRURGIÃO: _____
1º AUXILIAR: _____ ANESTESISTA: _____

MEDICAMENTOS DE SALA

ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.
Adrenalina	amp		Neocaína pesada	amp	
Água estéril 10mL	amp		Neocaína s/ vaso	amp	
Atropina	amp		Ocitocina	amp	
Clorpromazina	amp		Pancurônio	amp	
Dexametazona 4mg/2mL	amp		Petidina 50mg/2mL	amp	
Diazepam 10mg	amp		Plasil 10mg	amp	
Dimorf	amp		Propofol 1%, 20mL	amp	
Dopamina	amp		Prostigmine	amp	
Dormonid 15mg/3mL	amp		Soro Fisiológico 0,9%, 500mL	fr	X
Efortil 10mg/1mL	amp		Soro Glicosado 5%, 500mL	fr	
Enflurano	mL		Soro Ringer c/ lactato	fr	
Fenergam 50mg	amp		Sulfato de Magnésio 50%	amp	
Fentanil	fr		Suxametônio 100mg	fr	
Halotano	mL		Tionembutal	fr	
Haloperidol	amp		Transamin	amp	
Ketalar	fr		Xilocaína 2% s/ vaso	fr	X
Methergim	amp		Xilocaína 2% c/ vaso	fr	
Naloxona	amp		Xilocaína 5% (pesada)	fr	
Neocaína c/ vaso	amp				

MATERIAIS DE SALA

ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.
Abocath nº	um		Algodão c/ agulha nº	env	
Agulha descart. 40x12 25x7	uma	2 cod	Algodão c/ agulha nº	env	
Agulha p/ raque nº	uma		Algodão s/ agulha nº	env	
Algodão ortopédico	metro		Algodão s/ agulha nº	env	
Atadura de crepom tam.: X	rolo	X	Cat gut simples c/ agulha nº	env	
Atadura gessada tam.:	rolo		Cat gut simples c/ agulha nº	env	
Dreno de tórax	um		Cat Gut Crom. c/ agulha nº	env	
Dreno penrose	um		Cat Gut Crom. c/ agulha nº	env	
Equipo p/ macrogotas	um		Mononylon nº 3.0	env	2 X
Equipo p/ transfusão sanguínea	um		Mononylon nº 2.0	env	1 X
Lâmina p/ bisturi nº X	uma	20	Prolene nº	env	
Luva estéril nº 7.5	par	3	Prolene nº	env	
Luva p/ proced. nº X	par	X	Vicryl nº	env	
Scalp nº	um		Vicryl nº	env	
Sonda foley 2 vias nº	uma				
Sonda foley 3 vias nº	uma		O2	mm³	
Sonda nasogástrica nº	uma				
Sonda vesical simples nº	uma				
Coletor de urina	um				
Clamp umbilical	um				

UTILIZADO MATERIAL ÓRTESE/ PRÓTESE? SIM ☐

NÃO ☐



BOLETIM DE ADMISSÃO

AIH:

Matrícula: 20171929	Paciente: DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO	Nascimento: 23/10/1998	Idade: 19	CNS: 161.2111.2256.0008	CPF: 071.548.783-39
Tipo: IDENTIDADE	Documento: 3906101	Orgão Emissor: SSP	Data Emissão: 01/03/2013	Sexo: M	Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Profissão:	Mãe: ORLENE MARIA DA ROCHA	Pal: JOAO ANTONIO DE ARAUJO			Raça / Cor: PARDA
Endereço: RUA ADRIAO PORTELA N91	Bairro: CAIXA DA AGUA	Cidade: CARAUBAS DO PIAUI	UF: PI		
Telefone: () -	Celular: (86)8108-0445				

Plano - Convênio: S.U.S.	Nº Carteira:	Validade:	Autorização:
Caráter de Atendimento: URGENCIA	Procedência:	Especialidade: CLINICO	
Posto: POSTO II		Leito: ENF - E2 L5	
Profissional Solicitante: EDSON JANSEN		CID:	

CID Definitivo:	EM CASO DE ACIDENTE	☐ Curado	☐ Piorado	☐ Evasão	☐ +48 Horas
Motivo:		☒ Melhorado	☐ Removido	☐ Indisciplina	☐ Óbito
Local:		☐ Inalterado	☐ Pedido	☐ -48 Horas	
		Transferido:			

EXAMES:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUL 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 405 Loja C
Genda Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

EDSON JANSEN

Francisca Maria da Rocha de Araújo
DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO



NOME: DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO
MÉDICO: EDSON JANSEN

LAUDO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Hematoma subgaleal fronto-parietal à Direita.



Edson Jansen Pedrosa de Miranda
CRM PI 2881

EVOLUÇÃO CLÍNICA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2018

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

Nome Landino José R. de Araújo Leito 0103 Pront.

26/12/17 Presente admitido nesta Instituição de saúde por
26/12/17 momento do HDA com relato de acidente motor
Enfisema crônico há ± 24 horas apresentando sintoma
na região frontal a direita e O2 na região pa-
rental baixa e seca e eritematosos em MSE e MED
47 sinais fisiológicos reflexo cefálico e vestibular. 10-
Condição patológica de base e alterações medula-
mentares. Consciente, orientado, fãtico e Glasgow
15. Higienizado, hidratado, normocorado, eu-
pneico e sat O2 98%, desambulado 47 auxílio
sentado direita apoiado por VO e eliminação fun-
ções presentes (VE). CF: AC: BIVF+, HP: HVT+
H: RA e HTO. RAA+ 47 dor a palpacao. Bro-
der: 20 e frequência 12. Condição aguda de
em relação as normas e rotinas da Instituição.

Assinatura Médica de 10/12/17

Enfermeiro
MARCOS DE 10/12/17

27/12/17 Paciente eufórico, seguindo o TMC. Consciente, orientado
07:30h fãtico e desambulando sem auxílio. Sentado direito
Nutrição 10 por V.O. sem dificuldade e sem dificuldade na
manipulação. Refere tontura. Eliminação fisiológica:
Diurese 0 e evacuação 0 até o momento.

27.12.17 Paciente consciente, orientado, fãtico, receptivo ao
27/12/17 diálogo, Glasgow 15, normocorado, eufórico, eu-
Enfisema crônico. Relato de acidente motor por V.O. Diurese 0
Refere tontura, normocorado, normocorado, normocorado, normocorado
HUP em MSE (26/12) Normocorado - 0. Apresenta vertigem
sem alteração na região frontal à O2 e parietal sem
sinais fisiológicos. Refere tontura. Segue sob os cuidados
dos de enfermagem. 10/12/17

Assinatura Médica de 10/12/17
Enfermeiro
MARCOS DE 10/12/17

28.12.17 Paciente consciente, orientado, fãtico e Glasgow 15.
28/12/17 Higienizado, hidratado, normocorado, eufórico
Enfisema crônico. Glasgow 15. Higienizado, hidratado, normocorado, eu-
pneico, desambulado 47 auxílio
apresenta sintoma na região frontal à direita e
região parietal parietal. Sentado direito apoiado
por VO e eliminação fisiológica presente (VE)
(Sentado) Refere tontura e agitação. Mantém HTO
em 20. 10/12/17

Assinatura Médica de 10/12/17



Sistematização da Assistência de Enfermagem
FICHA DE ADMISSÃO

CONVÊNIO

Paciente: Danielson Jose da Rocha de Araujo Data de Nascimento: 23/10/98

Idade: 19 Sexo: ☒ M ☐ F Enfermaria: 01 Leito: 03 Apartamento: _____

Data de admissão: 26/12/17 Horário: 18:30 hrs. Tratamento: ☒ Clínico ☐ Cirúrgico.

Tipo de procedimento cirúrgico: _____

Hipertensão: ☐ Sim ☒ Não Diabetes ☐ Sim ☒ Não Tabagista: ☐ Sim ☒ Não

Outras patologias crônicas: Estenose

Faz uso de alguma medicação regularmente? ☐ Sim ☒ Não

Possui alergia medicamentosa? ☐ Sim ☒ Não Quais? Doxonice

Locomoção: ☒ Deambulando ☐ Cadeira de rodas ☐ Maca

Acompanhantes: ☒ Familiares e /ou Conhecidos ☐ Desacompanhado

Nível de consciência: ☒ Consciente ☐ Sonolento ☐ Inconsciente

Nível de orientação ☒ Orientado ☐ Orientado com momentos confusos ☐ Confuso ☒ Fásico

☐ Fala com dificuldades ☐ Afásico ☒ Calmo ☐ Ansioso ☐ Agitado

Higiene corporal: ☒ Ruim ☐ Insatisfatória ☐ Boa

Jejum: ☐ Sim ☒ Não Motivo do jejum: _____

Examinações fisiológicas: ☒ Presente e normais (SIC) ☐ Alteradas (SIC)

Quais alterações? _____

Sinais Vitais: P.A.: 120/80 mmHg. T.: 36° °C. P.: 80 bpm. R.: 20 mresp.

Sat: 99%

Anotações de Enfermagem Glicemia: 115 mg/dl

As: 18:30hs Paciente admitido. Provavelmente do HEDA. História de acidente motor elétrico. Apresentando sintomas no membro labial. Exame físico nos MMSS e MMII. na per-
te de traço dos membros. Refere epiforia intensa e
vertigem. Encaminhado ao banco de aspiração.
Pneumado AUP em MSE yelo n-22

Jamires de Souza Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-PA 672.378

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome Dimitris José de R. de Araújo Leito 07-03 Pront.

[illegible]

30.12.2017
Às 20:33
Informagem

Convincente, ouvidade, baixo, receptivo ao diálogo, calmo e as-
peratus. Caloroso. R. Responder ao ambiente. Normomucoso
Eupneúico. Boca ouvidada de dentes pouco. Apresentando
pequenas sota/soturas em região frontal a (D) e região parietal
Dura e espontânea e Escalada (D) no período (Sic) RSV 2/3
e perimane (Maddox). Repete melhoras no quadro clínico.
Segue sob cuidados de dentista da equipe de Enfermagem.

Dr. Alyson Lopes Miranda Gondim
COREN-PI Nº440.820-ENF

31.12.17
in 09:51
Confusão
Erosion convergente, orientado para o norte, receptivo em
direção, direção 15, movimento, movimento,
aproximado. Boa qualidade de água por V.O. Elton
espécies de água doce, plantas e animais (51) com
KOP em 15.5 (26.12) Mardom e aproximação
contínuo, movimento na direção frontal à direita
e direção frontal. com movimentos flagelantes. Segue
sob o controle de confusão.

Coren Paulo Fernando
COREN-PI 232.519

01-01-17	Recebu alta por melhora
10/01/20	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2078

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

PRESCRIÇÃO

Instituto



PACIENTE: DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO

CAT.: S.U.S.

A.I.H.:

APARTAMENTO:

LEITO: ENF - E2 L5

DATA: 27/12/2017

DIA(S) INTERNADOS:

FOLHA:

MÉDICO ASSISTENTE: EDSON JANSEN

HORÁRIO DE MEDICAÇÃO

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO			
	Horário 01	Horário 02	Horário 03	Horário 04
Dieta Livre				
SF 0,9% 500 ml/Kcl 19,1% 1 amp/14 gts/min(2x)	10x	14x	20x	22x
Dipirona ev 8/8 hrs				
Plasil I.M S/N		14x	20x	22x
Ranitidina EV 8/8 hrs		14x	20x	22x
Hidantal 1 ml+8 ml SF EV 8/8 hrs		14x	20x	22x
Cefalexina 500 mg VO 8/8 hrs		14x	20x	22x
Cipro 500 mg VO 12/12hrs	10x		20x	
Mecadron 4mg ev 1x/dia	10x		20x	
Diazepam 10mg VO 20hrs			20x	
Tramal 1amp+100 ml SF EV 12/12 hrs	12x			
Curativo				

EVOLUÇÃO CLÍNICA

a . e . e .

Dr. Edson Jansen
Neurologia
CRM-PI 2881

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.012-470
Teresina-PI

PRESCRIÇÃO

Instituto



PACIENTE: DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO		CAT.: S.U.S.
A.I.H.:	APARTAMENTO:	LEITO: ENF - E2 L5
DATA: 28/12/2017	DIA(S) INTERNADOS:	FOLHA:
MÉDICO ASSISTENTE: EDSON JANSEN		

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO			
	Horário 01	Horário 02	Horário 03	Horário 04
Dieta Livre				
SF 0,9% 500 ml/Kcl 19,1% 1 amp/14 gts/min(2x)	10x		10x	10x
Dipirona ev 8/8 hrs		14x	10x	10x
Plasil I.M S/N			10x	10x
Ranitidina EV 8/8 hrs		14x	10x	10x
Hidantal 1 ml+8 ml SF EV 8/8 hrs		14x	10x	10x
Cefalexina 500 mg VO 8/8 hrs		14x	10x	10x
Cipro 500 mg VO 12/12hrs	10x		10x	
Decadron 4mg ev 1x/dia	10x		10x	
Diazepam 10mg VO 20hrs			10x	
Tramal 1amp+100 ml SF EV 12/12 hrs	12x		10x	
Curativo				
EVOLUÇÃO CLÍNICA				
d.c.s.				

Dr. Edson Jansen de Miranda
Neurologia
CRM-PI 2881

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

PRESCRIÇÃO

Instituto



PACIENTE: DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO

CAT.: S.U.S.

A.I.H.:

APARTAMENTO:

LEITO: ENF - E2 L5

DATA: 29/12/2017

DIA(S) INTERNADOS:

FOLHA:

MÉDICO ASSISTENTE: EDSON JANSEN

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO DE MEDICAÇÃO

Horário 01 Horário 02 Horário 03 Horário 04

Dieta Livre

SF 0,9% 500 ml/Kcl 19,1% 1 amp/14 gts/min(2x)

Dipirona ev 8/8 hrs

Plasil I.M S/N

Ranitidina EV 8/8 hrs

Hidantal 1 ml+8 ml SF EV 8/8 hrs

Cefalexina 500 mg VO 8/8 hrs

Cipro 500 mg VO 12/12hrs

Decadron 4mg ev 1x/dia

Diazepam 10mg VO 20hrs

Tramal 1amp+100 ml SF EV 12/12 hrs

Curativo

EVOLUÇÃO CLÍNICA

J. C. B.

Dr. Edson Jansen de Azevedo
Neurologista
CRM-PI 2881

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2018

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



PACIENTE: DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO		CAT.: S.U.S.
A.I.H.:	APARTAMENTO:	LEITO: ENF - E2 L5
DATA: 30/12/2017	DIA(S) INTERNADOS:	FOLHA:
MÉDICO ASSISTENTE: EDSON JANSEN		

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO			
	Horário 01	Horário 02	Horário 03	Horário 04
Dieta Livre				
SF 0.9% 500 ml/Kcl 19,1% 1 amp/14 gts/min(2x)	10 ^h		10 ^h	
Dipirona ev 8/8 hrs		14 ^h	10 ^h	10 ^h
Plasil I.M S/N				
Ranitidina EV 8/8 hrs		14 ^h	10 ^h	10 ^h
Hidantal 1 ml+8 ml SF EV 8/8 hrs		14 ^h	10 ^h	10 ^h
Cefalexina 500 mg VO 8/8 hrs		14 ^h	10 ^h	10 ^h
Cipro 500 mg VO 12/12hrs	10 ^h		10 ^h	
Decadron 4mg ev 1x/dia	10 ^h			
Diazepam 10mg VO 20hrs			10 ^h	
Tramal 1amp+100 ml SF EV 12/12 hrs	12 ^h		10 ^h	
Curativo				

EVOLUÇÃO CLÍNICA

A. C. B.



PRESCRIÇÃO

Instituto



PACIENTE: DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO

CAT.: S.U.S.

A.I.H.:

APARTAMENTO:

LEITO: ENF - E2 L5

DATA: 31/12/2017

DIA(S) INTERNADOS:

FOLHA:

MÉDICO ASSISTENTE: EDSON JANSEN

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO DE MEDICAÇÃO

	Horário 01	Horário 02	Horário 03	Horário 04
Dieta Livre				
SF 0,9% 500 ml/Kcl 19,1% 1 amp/14 gts/min(2x)	10x	14x	20x	06x
Dipirona ev 8/8 hrs			2x	2x
Plasil I.M S/N		14x	2x	2x
Ranitidina EV 8/8 hrs		14x	2x	2x
Hidantal 1 ml+8 ml SF EV 8/8 hrs		14x	2x	2x
Cefalexina 500 mg VO 8/8 hrs			2x	
Cipro 500 mg VO 12/12hrs	10x			
Decadron 4mg ev 1x/dia	10x		2x	
Diazepam 10mg VO 20hrs			2x	
Tramal 1amp+100 ml SF EV 12/12 hrs	10x			
Curativo				

EVOLUÇÃO CLÍNICA

J. C. B.

Dr. Edson Jansen
Neurocirurgia
CRM-PI 2881

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2018

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



INSTITUTO DE CRIAÇÃO DE APRA INTENSIVA
INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO, CULTURA, E AÇÃO SOCIAL
CNPJ Nº 05.481.950/0002-80
R. Anísio de Abreu, Nº 184 - São José - Parnaíba-PI
CEP: 64.218-200 - Fone: (86) 3322-2966
email: nucleohospitalarpraxisparnaiba@gmail.com

Sistematização da Assistência de Enfermagem

Data 26.12.12

NOME

Danielson José da Rocha de Araújo

UNIDADE

Residência

DESCRIÇÃO DE FENÔMENO DE ENFERMAGEM

1 - Sinais perceptíveis alterados relacionados a

ATENÇÕES DE ENFERMAGEM

ENF

01

HISTÓRIA

MI

T

Nº 15

LEITO

03

Nº PRONTUÁRIO

20121929

Avaliar e registrar, nível de consciência se Neurológico na Escala de "Glasgow"

Onix Abertos

Esportivamente

Para Falar

Para Dor

Não Responde

Melhor Resposta Motora

Obedece

Localiza Dor

Retirado

Exatidão Anormal

Extensão

Não Responde

Resposta Verbal

Orientado

Conversão Confusa

Palavras Inapropriadas

Sons Incompreensíveis

Não Responde

Total 3 15

Verificar e Registrar Sinais Vitais 2/2 horas

Ritmo Cardíaco

Perfusão Tissue Periférica

Avaliar

Padrão Respiratório

Curva Capilar

Aspectos das Secções Traqueais

Registrar Parâmetros Ventilatórios

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DOVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUL 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Azevedo, 1655 - Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Assinatura do Enfermeiro
Data 26.12.12

Sistematização da Assistência de Enfermagem

Date 27, 12, 13

NOME	UNIDADE	ENF	LEITO	Nº PRECATÓRIO
DECISSOR TASE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM 1 - Sessão percepção alterada relacionada a	UNIDADE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	ENF	LEITO	Nº PRECATÓRIO 20171929
1 - Sessão percepção alterada relacionada a	UNIDADE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	ENF	LEITO	Nº PRECATÓRIO 20171929
2 - Diminuição do débito cardíaco relacionado a	UNIDADE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	ENF	LEITO	Nº PRECATÓRIO 20171929
3 - Função Respiratória Ineficaz relacionado a	UNIDADE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	ENF	LEITO	Nº PRECATÓRIO 20171929

Sistematização da Assistência de Enfermagem

Date 28, 12, 12

[illegible]

LEGENDA:	A - ausente	P - Presente	M - Mandato	R - Récado
----------	-------------	--------------	-------------	------------

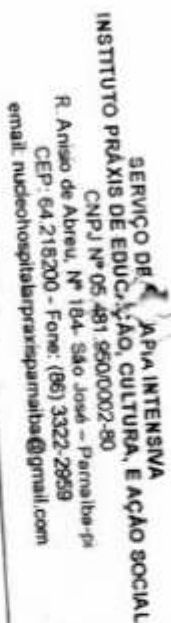
Sistematização da Assistência de Enfermagem

Page 1217

Nº PRONTUARIO *P.007-9*

[illegible]

Encontro	A. Assunto	P. Presente	M. Mandado	R. Risco
----------	------------	-------------	------------	----------



Date 30.12.18

MODEL 0 17

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DIPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
12 JUL 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rue Coelho de Resende, 463 Loja C
Centro - Niteroi CEP: 64.002-470
Teressina-RJ

NOME:

Leilson José da Rocha de Frazão

REGISTRO:

LEITO:

01/03

FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
26/12	1 - brdo. lme		
12/12	2 - SE 0,7 l. 500 ml EV 14h/lm (2x)	48h 3-6	
12/12	KOL 19,1 l. 1 amp cada SE		
	3 - Difenidramina EV 8/8 h	2-22 036	
	4 - Plavix 75. 500 mg		
	5 - Paracetamol EV 8/8 h	2-22 036	
	6 - Aspirina 100 mg + 8 ml ST EV 8/8 h	2-22 036	
	7 - Cefotaxima 100 mg VO 8/8 h	48h 036	
	8 - Cloro 500 mg VO 12/12 h	48h 036	
	9 - Dexametasona 4 mg EV 3x/dia	2-22 036	
	10 - Atorvastatina 10 mg VO 20:00 h	2-22 036	
	11 - Tramadol 50 mg + 100 ml ST EV 12/12 h	2-22 036	
	12 - Curativos		

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

Carla



SERVIÇO DE CAPIA INTENSIVA
INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO, CULTURA, E AÇÃO SOCIAL

R. Anísio de Abreu, Nº 184 - São José - Paralela-PI
CEP: 64.218-200 - Fone: (86) 3322-2959
email: nucleohospitalarpraxisparalela@gmail.com

Sistematização da Assistência de Enfermagem

NOOME	UNIDADE	ENF	LEITO	Data
Denilson José da Silva	Praxis	06	03	01.01.18
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM				
1 - Sem percepção alterada relacionada a				
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM				
Avaliar e registrar nível de consciência se Neurológico na Escala de "Glasgow"				
Outros Alertas				
Espontaneamente				
Para Falar				
Para Dor				
Não Responde				
Melhor Resposta Motora				
Obedece				
Localiza Dor				
Retraído				
Flexão Anormal				
Extensão				
Não Responde				
Resposta Verbal				
Orientado				
Conversa Confusa				
Palavras Inapropriadas				
Sons Incompreensíveis				
Não Responde				
Total 3 15				
2 - Diminuição do débito cardíaco relacionado a				
Verificar e Registrar Sinais Vitais 2/2 horas				
Ritmo Cardíaco				
Perfusão Tissular Periférica				
Avaliar				
Pacote Respiratório				
Oximetria Capilar				
Aspectos das Secções Traqueais				
Registrar Parâmetros Ventilatórios				
2h Monitor				
12h Monitor				
19h Monitor				
Vc				
Frc				
Paw				
Psi				
FIO				
FID				

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUL 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Carlos de Resende, 455 Lda C
Goiânia - Goiás CEP: 74.002-900
Goiás - Goiás - PI

05.08.2018 Paciente em
tratamento em UTI
Jordana André da Silva
CORRENTE Nº 647 B17 TE

FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Wenderson José da Rocha REGISTRO: _____ LEITO: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

DATA

01-01

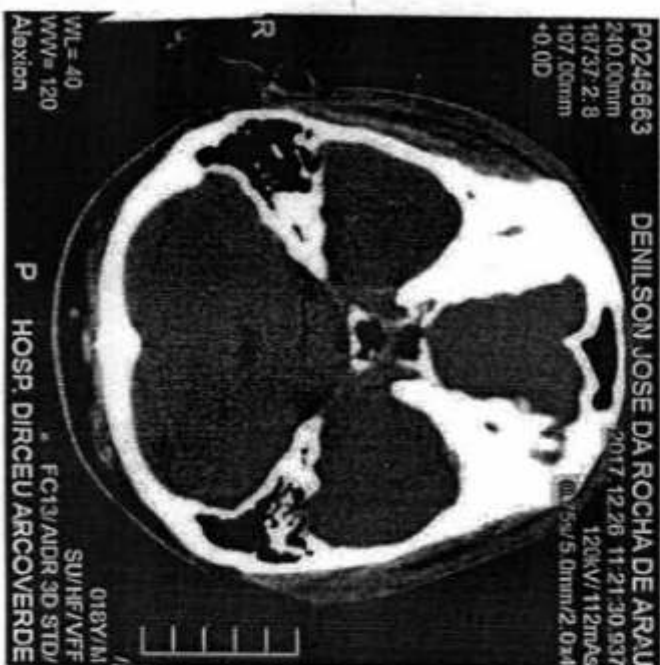
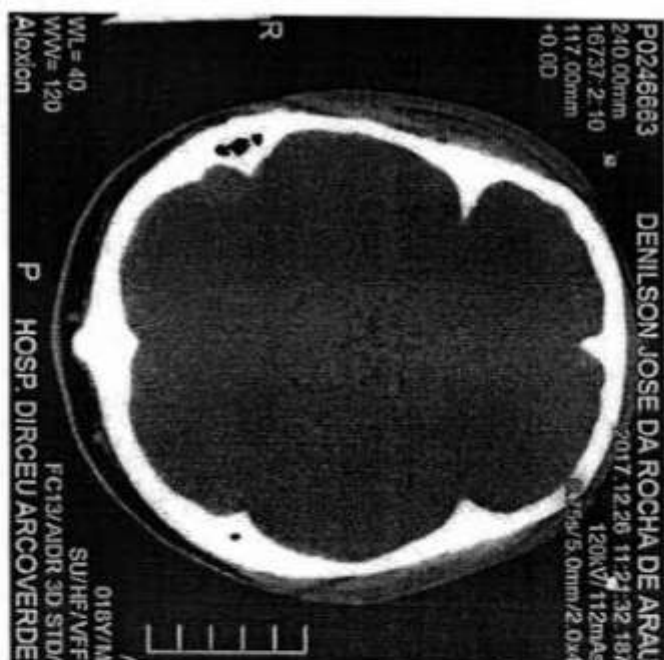
[Handwritten Signature]
Dr. Edson Jatoé
Neurocirurgião - Neuropediatria
CRM-PI 2331

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

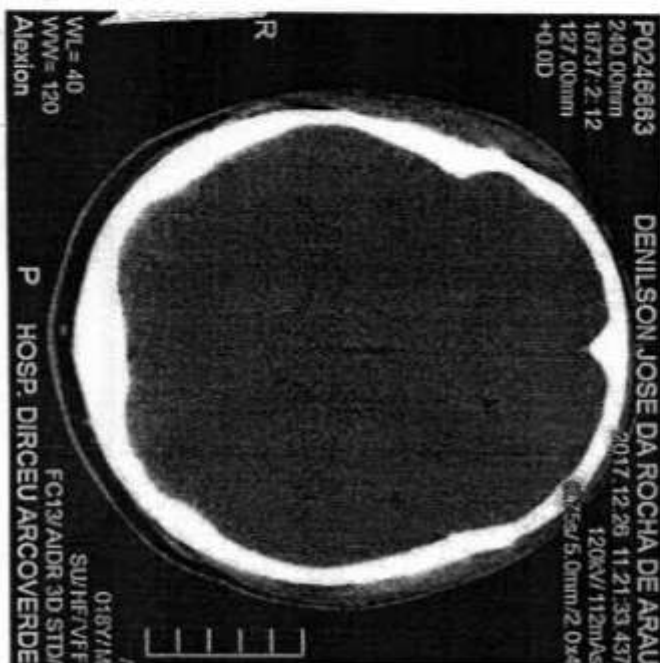
12 JUL 2018

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

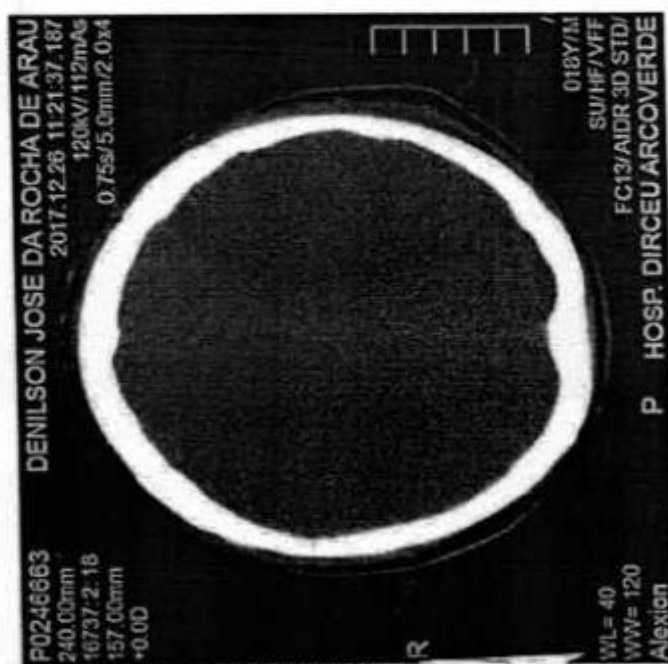
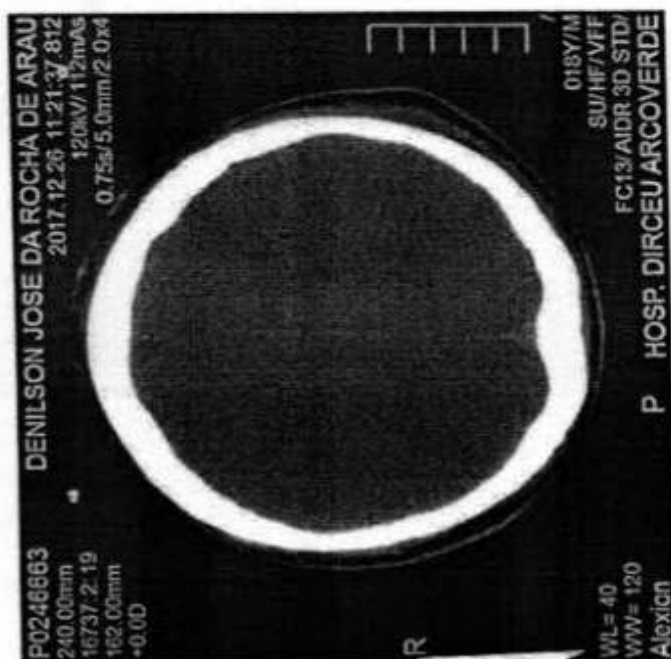
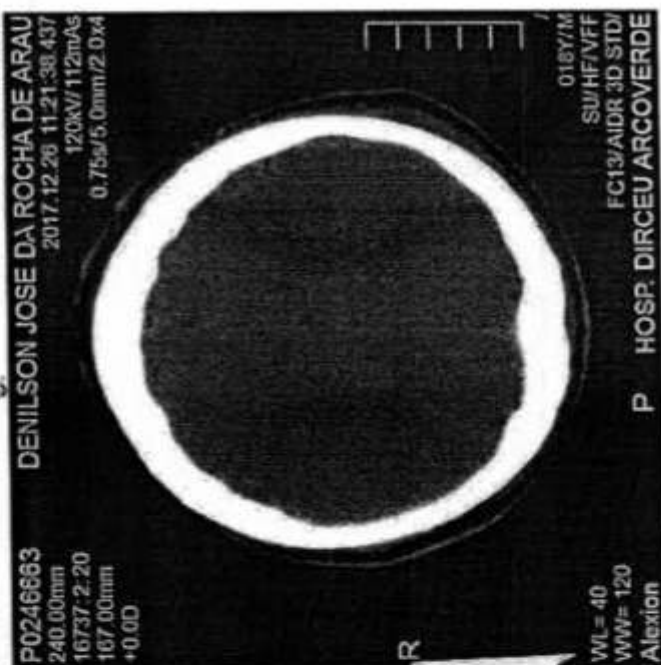
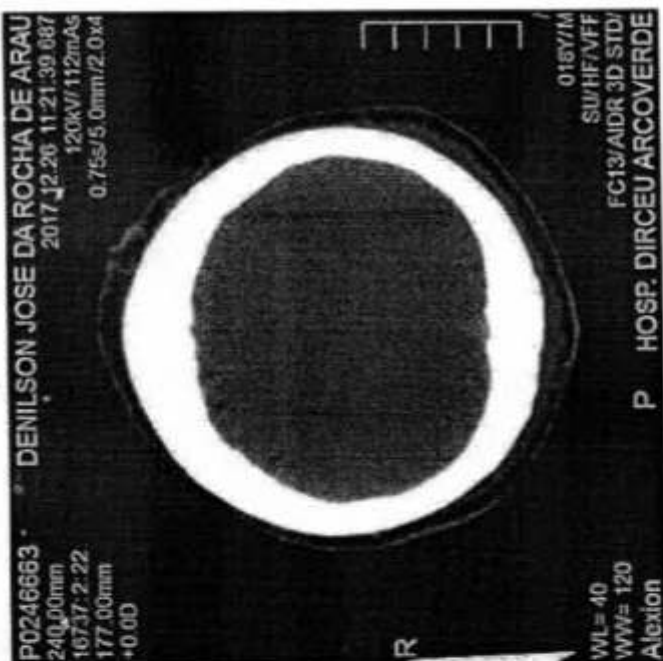
**INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO, CULTURA, E
AÇÃO SOCIAL**
CNPJ Nº 05.481.570/0002-80
Rua Anísio de Abreu, Nº 184 – Bairro São José - Parnaíba-PI.
CEP: 64.218-200 Fone: (86) 3322-4840.
e-mail: praxisparnaiba@gmail.com



*Hematoma subdural
Frente-parietal
e D.*



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



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2018

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

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu FRANCISCA MARIA DA ROCHA DE ARAUJO
RG nº 2.748.753 data da expedição 12 / 09 / 2005, órgão SSP-PI
Portador do CPF, 028.575.463-78 com domicílio no município
de CARAUBAS no estado de PIAUÍ onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA ANTONIO BORGES DOS SANTOS nº 278 Complemento B-
CENTRO declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é
(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima DENILSON
JOSE DA ROCHA DE ARAUJO cujo condutor era DENILSON JOSE DA
ROCHA DE ARAUJO

Veículo: **HONDA/POP 100**

Ano: **2013**

Modelo: **2013**

Placa: **OUA-7057 PI**

Chassi: **9C2HB0210FR418103**

Renavam: **596109466**

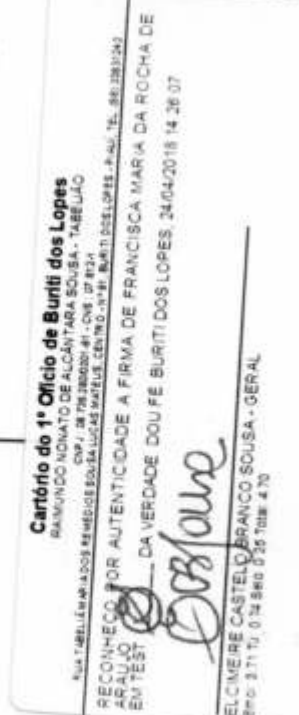
Cor: **VERMELHA**

Data do Acidente: **25 / 12 / 2017**

Local e Data Buriti dos Lopes-PI 24.04.2018

Francisca Maria da Rocha de Araujo
Assinatura do Declarante

Denilson Jose da Rocha de Araujo
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não seja a vítima reclamante do sinistro)



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180433019**

Nome do(a) Examinado(a): **DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO**

Endereço do(a) Examinado(a):

ADRIAO PORTELA, 91 - URBANO - Caraúbas do Piauí - PI - CEP 64233-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **3906101**

Data e local do acidente: [**25/12/2017**] **POVOADO JACOBINA CAXINGOS**

Data e local do exame: [**03/10/2018**] **Parnaíba** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMATISMO CRANIANO ENCEFÁLICO.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME APRESENTA-SE ORIENTADO, LÚCIDO, EUPNEICO, RESPONDENDO AS SOLICITAÇÕES VERBAIS, NÃO DETECTADO DEFICIT NEUROLÓGICO.

III. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR. PACIENTE COM QUEIXA DE TONTURA, CEFALIA, CONFUSÃO MENTAL.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [**X**] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

(X) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Francisco de Assis Costa Araujo - CRM: 2498 - PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUL 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua C. João de Resende, 465 Loja C
Cenil - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS	
	
Denilson José da Rocha de Araújo ASSINATURA EM TINTA CARTÃO DE IDENTIDADE	
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 3.906.101 DATA DE EXPIRAÇÃO 01/08/13	
DENILSON JOSÉ DA ROCHA DE ARAUJO NACIONALIDADE OILENE MARIA DA ROCHA JOÃO ANTONIO DE ARAUJO PARNATA-PI DATA DE NASCIMENTO 23/10/1998 SOC. CIVIL CERT. NASC. 012 L A001 F 309 EXP BURITI DOS LOPES-PI 19/12/99 071.548.783-39 ASSINATURA DO DETENTOR LEI Nº 7.118 DE 2006 - DECRETO Nº 88.500/03	

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALDIR GOMES MORAES

DOC IDENTIFICACAO BRASILEIRA
2926967 SEP 21

CV
040.652.233-26

DATA DO NASCIMENTO
29/04/1980

PLACA
VALDIRA RODRIGUES
GOMES
BOCI GOMES MORAES

SEX
MASCULINO

AC
MASCULINO

DATA
12/02/2008

VALIDADE EM TODOS
OS TERRITORIOS NACIONAIS
808980453

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
HABILITADO P/ TRANSPORTE FACULTADO PERIGOROS
LITO PARA TRANSPORTE DENOMINADO

VALDIR GOMES MORAES

DATA
03/10/2013

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
DETRAN-PI (PIAUI)

808980453

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2018

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



A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓCIOS DPVAT

SINISTRO: 3180320984



Eu, **DENILSON JOSÉ DA ROCHA DE ARAÚJO**, RG: 3..906.101, CPF: 071.548.783-39, residente e domiciliado na cidade de Caraúbas do Piauí-pi, sofri acidente de trânsito em **25/12/2017**, tendo sofrido (**TCE GRAVE**), sendo levado ao Hospital Estadual Dirceu Arcoverde, onde fui transferido para o instituto práxis sendo submetido a tratamento clínico ficando vários dias internado com uso de antiinflamatório, antibióticos sendo liberado depois de alguns dias para realizar tratamento domiciliar , hoje me encontro com varias seqüelas permanente: (**DORES CONSTANTES, TONTURA, ESQUECIMENTO, DISTÚRBO DE COMPORTAMENTO, IRRITABILIDADE, CEFALÉIA**), e só eu sei o que passei e estou passando.

Para piorar a situação, fiquei surpreso ao ligar para 0800 da seguradora e recebi a noticia de que meu processo tinha negado e que eu não tinha seqüelas para serem indenizadas, peço aos senhores analistas desta **SEGURDORA LIDER** que reavalie o meu processo, pois estou enviando **laudo em anexo** que com provão minhas reais seqüelas e o grau da mesmas, laudo esse feito por um médico devidamente habilitado que me avaliou pessoalmente e constatou minhas seqüelas..

Sr. Auditores peço aos senhores que reavaliem o meu processo, que tem o número de sinistro acima descriminado e que venham agendar uma pericia médica para cidade de Parnaíba-PI, para que o perito possa identificar minha verdadeira seqüelas...

Caraúbas do Piauí -pi 26/08/2018

Denilson José da Rocha de Araújo

DENILSON JOSÉ DA ROCHA DE ARAÚJO

REQUERENTE/VITIMA



DETRAN - PI

Sistema de Recursos de Trânsito

17/04/2018

Ati

Documento para Renovação

12:18:13

MOD. HONDA/POP100

VERMELHA

REST:

ROUBO: NAO

Placa: OUA7057 RENAVAM: 596109466

Exercício Atual: 2013

Exerc.Desej. 2018

Ano Cota

Vencimento

2014 CONSTA DEBITO DE IPVA NA BASE DE DADOS
2015 CONSULTADA PELO DETRAN.
2016 CONSULTE O SITE DA SEFAZ OU DETRAN PARA
2017 MAIORES DETALHES.
2018 CASO NAO APRESENTE DEBITOS NO SITE,
ENTRA EM CONTATO COM A SEFAZ PARA
QUE EFETUEM A SINCRONIZACAO DOS DADOS.

Ano Renov.	Atraso	Total	Ano Renov.	Atraso	Total	Seguros	2017	185,50
2014	65,80	28,95	94,75	2018	65,80	22,37	88,17	185,50
2015	65,80	28,95	94,75	2016	65,80	22,37	88,17	185,50
2016	65,80	28,95	94,75	2017	65,80	22,37	88,17	185,50
2017	65,80	15,13	80,93	2018	55,93			185,50
Tot.Renovacao:	414,53			Total Geral:				785,53

Cnd: Aplic: IPV901A Mapa: IPV901M2 Usuario: ANDRESSA

PROPR.: FRANCISCA MARIA DA ROCHA DE ARAUJO

PARC: NAO

SRG: UK

Chassi: 9C2HB0210ER418103



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180433019 **Cidade:** Luís Correia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO **Data do acidente:** 25/12/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO ENCEFÁLICO.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME APRESENTA-SE ORIENTADO, LÚCIDO, EUPNEICO, RESPONDENDO AS SOLICITAÇÕES VERBAIS, NÃO DETECTADO DEFICIT NEUROLÓGICO.

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR. PACIENTE COM QUEIXA DE TONTURA, CEFALEIA, CONFUSÃO MENTAL.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 03/10/2018

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Parnaíba.

Médico examinador: Francisco de Assis Costa Araujo

CRM do médico: 2498

UF do CRM do médico: PI

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: **DENILSON JOSÉ DA ROCHA DE ARAUJO**

Nacionalidade: **BRASILEIRO** Estado Civil: **SOLTEIRO**

Profissão: **AUTONOMO**

Identidade: **3.906.101 SSP /SP CPF: 071.548.783-39**

Endereço: **RUA ADRIÃO PORTELA, N:91**

Bairro: **URBANO** Cidade: **CARAÚBAS DO PIAUÍ-PI**

CEP: **64.233-000**

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Nome: **VALDEMIR GOMES NUNES**

Nacionalidade: **BRASILEIRO** Estado Civil: **DIVORCIADO**

Profissão: **AUTONOMA**

Identidade: **2.826.907 SSP-PI CPF: 040.652.233-26**

Endereço: **PV MALHADA GRANDE, S/N, Bairro: RURAL** Cidade: **CARAÚBAS DO PIAUÍ-PI**

CEP: **64.233-000**



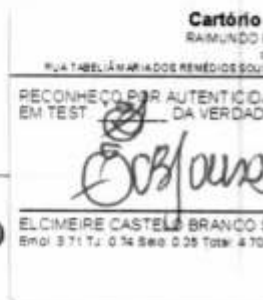
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar pedido de indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de, Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionadas com o Seguro Obrigatório – DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima.

DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO

Local e data: Buriti dos Lopes, PIAUÍ 24, ABRIL de **2018**

Denilson José da Rocha de Araujo
Assinatura do Outorgante.

(Reconhecer firma da assinatura do outorgante em cartório por autenticidade)



OBS: ESTA PROCURAÇÃO NÃO OFERECE PODERES PARA QUE MEU PROCURADOR OU QUALQUER OUTRA PESSOA RECEBA DINHEIRO, FAÇA SAQUE OU CONTRA RECIBO DA INDENIZAÇÃO EM MEU NOME.

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OTORCANTER (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO

Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão: ATIVO

Idade: 39 anos CPF: 071.248.783-39

Endereço: RUA ADRIANO PORTILHA, 71

Bairro: URBANO Cidade: TERESINA DO PIAUÍ-PI

CEP: 64.133-000

OTORCANTER (Dados do Promotor)

Nome: VALDENIR GOMES NUNES

Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão: ATIVO

Idade: 39 anos CPF: 040.621.113-16

Endereço: PAV. MALHADA GRANDE, S/N, Bairro RURAL Cidade: CARABAS DO

PIAUÍ-PI

CEP: 64.133-000

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituio meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de executar pedido de indenização do Seguro Obrigatório - DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinar nos formulários de Avaliação de Danos, Declaração de Documentos, Declaração de Ausência de Danos e Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo ainda assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o Seguro Obrigatório - DPVAT em meu nome, bem como de direito pedidos para perfeito cumprimento deste mandato, da DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2018

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

Local e data: Teresina, 24 de 2018

Ofício de Buriti dos Lopes
DE ALCANTARA SOUSA - TABELÃO
03200001-01 - CNJ - 07.812/A
MATRIZ CENTRO-NORTE BURITI DOS LOPES - PIAUÍ TEL: 061.38112122
FIRMA DE DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO
FE BURITI DOS LOPES, 24/04/2018 14 23 57



- GERAL

OBS: ESTA PROCURAÇÃO NÃO OFERECE PODERES PARA OUTRAS AÇÕES, PORQUE O PROCURADOR OU QUALQUER OUTRA PESSOA RECEBA DISTRIBUIÇÃO, FAÇA SÓ O CONTRA RECEBO DA INDENIZAÇÃO EM MEU NOME.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0340913/18

Vítima: DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO

CPF: 071.548.783-39

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/12/2017

Titular do CPF: DENILSON JOSE DA
ROCHA DE ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

VALDEMIR GOMES NUNES : 040.652.233-26

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

DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO : 071.548.783-39

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/09/2018
Nome: VALDEMIR GOMES NUNES
CPF: 040.652.233-26

VALDEMIR GOMES NUNES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2018
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO**

Nº Sinistro: **3180433019**

Vitima: **DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO**

Data do Acidente: **25/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **VALDEMIR GOMES NUNES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180433019**.

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 13373308



Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO**

Sinistro: **3180433019**

Vítima: **DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO**

Data do Acidente: **25/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **VALDEMIR GOMES NUNES**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180433019** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Rio de Janeiro, 05 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO**

Nº Sinistro: **3180433019**

Vitima: **DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO**

Data do Acidente: **25/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **VALDEMIR GOMES NUNES**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180433019**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **25/12/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar 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

071.548.783-39

Nome completo da vítima

DENILSON JOSÉ DA ROCHA DE ARAÚJO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

DENILSON JOSÉ DA ROCHA DE ARAÚJO

CPF titular da conta

071.548.783-39

Profissão

AUTÔNOMO

Endereço

RUA ADRIANO PORTA

Número

91

Complemento

CASA

Bairro

URBANO

Cidade

CARAUAS DO PIABÍ

Estado

PIABÍ

CEP

64.233-000

Email

Telefone (DDD)

86/998346526

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR

☒ SEM RENDA

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

4366

D/V

CONTA

NRO.

10524

D/V

8

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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.

CARAUAS DO PIABÍ-PE, 05 de julho de 2018

Local e Data

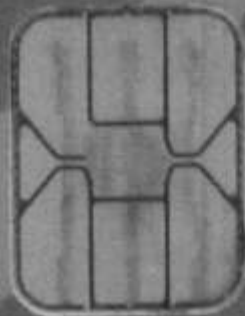
Denilson José da Rocha de Araújo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA

POUPANÇA



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2018

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

6277 8015 4590 3936
6277

VÁLIDO ATÉ

05/21

DENILSON JOSE R ARAUJO

4366 013 00010524-8

etc



BOLETIM DE Ocorrência Nº: 115525.001132/2018-99

Unidade de Registro: DP DE LUÍS CORREIA

Resp. pelo Registro: Marcus Vinicius Oliveira De Sousa

Data/Hora: 11/06/2018 - 22:00

DADOS DA Ocorrência

Unidade Policial Responsável

DP DE LUÍS CORREIA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

LUIS CORREIA

Endereço

PI 213, NA LOCALIDADE JACOBINA - CAXINGÓ/PI, Nº;

Complemento

Data/Hora

25/12/2017 - 05:30

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO

RG: 3906101

Mãe: ORLENE MARIA DA ROCHA

Endereço: RUA ADRIÃO PORTELA, Nº 91

Complemento: ZONA RURAL

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: CARAÚBAS DO PIAUÍ

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Notificante

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2018

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

NATUREZA(S) DA Ocorrência

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA. POP100

Ano: Placa: Chassi:

2013 OUA7057 9C2HB0210BR418103

Renavam:

596109466

Cor:

Vermelha

Condutor: DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO

RG: 3906101 Órgão: UF RG:

End: RUA ADRIÃO PORTELA Número: 91 Complemento: ZONA RURAL

Cidade: CARAÚBAS DO PIAUÍ UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: FRANCISCA MARIA DA ROCHA DE ARAUJO

Cidade: CARAÚBAS DO PIAUÍ UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

RELATO DA Ocorrência

A VÍTIMA CONDUZIA A MOTOCICLETA DESCRITA EM CAMPO ACIMA, TRAFEGAVA NA PI-213 NA LOCALIDADE JACOBINA, NA DATA E HORA ACIMA CITADAS, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA VINDO A CAIR, SENDO SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DAQUELA LOCALIDADE E CONDUZIDO PARA O HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE NA CIDADE DE PARNAIBA/PIE SENDO TRANSFERIDO POSTERIORMENTE PARA O HOSPITAL SANTA EDWIGES, TENDO DADO ENTRADA COM TCE. CONFORME DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO. É ESTE O REGISTRO.

Marcus Vinicius Oliveira De Sousa - Mat. 0089133
AGENTE DE POLÍCIA

Denilson Jose da Rocha de Araujo
DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO - Notificante
Responsável pela Informação



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 115525.001132/2018-99

Delegado de Polícia

Demilson José da Rocha de Araújo



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: DENILSON JOSÉ DA ROCHA DE ARAYO CPF da Vítima: 071.548.783-39 Data do Acidente: 25/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: _____ CPF do Representante legal: _____
E-mail: _____ Telefone (DDD): _____

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o atendimento 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 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 (inferior) 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.



CAMÚBAS-PI 05 de julho de 2018
Local Data

Denilson José da Rocha de Arayo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
RUA RODRIGUES COIMBRA,
RIBICÓVIA, PARNAIABA/PI - 64216-470
CNPJ: 06953964015593
(86) 3323-7188 - ()

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)
Atendimento: P024.311 Registro: 145573
Data: 25/12/2017 Hora: 07:01:00
Funcionário: MAYRANA Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
Senha 27 SUS

DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO

CPF: - RG: - SUS:

Nasc: 23/10/1999 Idade: 18 ANOS, 2 MESES, 2 DIAS Profissão: Civil: CEP:
End: RUA ADRIANO PORTELA, 51 - Bairro: CAIXA DA AGUA Cidade: CARIACULAS DO PIAUI
IBGE: 2202539 Cor: SEM Mãe: ORLENE MARIA DA ROCHA Tel: -/(86) 9812-10723

Clínica: CLÍNICA

Documento: 1 - HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

Responsável: DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO O MESMO Temp.: °C Peso: Kg P.A.:

Procedimentos

25/12/2017 7:01 030106061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

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

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO

*Após queda de moto com ferimentos
em membros inferiores.*

Exame clínico/físico

ECG. 15.

Diagnóstico provável:

Acidente com ferimentos em membros inferiores.

Medicação:

*Sintetizantes
Sem outros estudos de CB*

*SUSCIPA
04.01.01.005.8*

Procedimentos/exames realizados:

*Atendimento realizado
em 25/12/2017
por MAYRANA*

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2018

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



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 755 - Centro/PI - Teresina - PI
CNPJ 06.946.741/0001-61 Insc. Estadual: 14.507.303-9
Piso Topo 7 Centro de Energia Elétrica - DCE-PI
Página especial de Imposto de Renda para 2017/2018

Para cancelar com a
Eletrobras, informe
este número

SEU CÓDIGO
0458939-4

Nº da Nota Fiscal 002571127

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

CONTA Nº	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2018	07/03/2018	105	55,97

ORLENE MARIA DA ROCHA
R. ADRIÃO PORTELA 91 91 B-URBANO
CPF: 00002896310339
CEP: 64.233-000 - CARAUBAS DO PIAUÍ ROT: 142.339.20.37.70940

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual	13064	Atual	28/02/2018
Anterior	12959	Anterior	30/01/2018
Consumo de Multiplicação	1,000	Próxima Leitura	29/03/2018
Consumo Medidor	105	Terminar	26/02/2018
Consumo Faturado	105	Apresentação	28/02/2018

Estado de Serviço	NORMAL	Consumo em kWh	29
-------------------	--------	----------------	----

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Categoria/Endereço	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Rel.	Plano 12 meses
RESID. B4. RENDA	MONO	A718319		1.4.1.1	108

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA COTA	
JAN/18	143	30 A R\$	0,251714 = 7,55
DEZ/17	113	70 A R\$	0,431523 = 30,20
NOV/17	100	5 A R\$	0,647279 = 3,23
OUT/17	98		6,19
SET/17	105	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	30,04
AGO/17	108	DIFERENÇA DE TARIFA	27,24
JUL/17	106	SUBVENCAO BAIXA RENDA	
JUN/17	109		
MAI/17	118		
ABR/17	103		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
1º	20	- 0,120120	
2º	100	- 0,251714	
3º	105	- 0,431523	

COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 26/02/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 9A34.2D9B.64A6.4D3F.C712.7ADC.5E2A.E227

COMPONENÇA DA CONTA - R\$	IMPOSTOS E TRIBUTOS - R\$
16,62	39,35

86/998346526
981616076
86/998410689
981527257

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