
Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190491581

Vítima: DOMINGOS FRANCISCO GOMES

Data do Acidente: 19/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULO HENRIQUE DE SOUSA CARVALHO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DOMINGOS FRANCISCO GOMES

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 22 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190491581

Vítima: DOMINGOS FRANCISCO GOMES

Data do Acidente: 19/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULO HENRIQUE DE SOUSA CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DOMINGOS FRANCISCO GOMES

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: DOMINGOS FRANCISCO GOMES

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000004031-2

Conta: 000010014496-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190491581

Vítima: DOMINGOS FRANCISCO GOMES

Data do Acidente: 19/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULO HENRIQUE DE SOUSA CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DOMINGOS FRANCISCO GOMES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 4031 2 CONTA: 14.496 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34 - Imprescindível digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: Paula Maria Gomes da Silva Junior
CPF: 800.756.303-20
Paula Maria Gomes da Silva Junior
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: Paula Henrique de Sousa Junior
CPF: 013.021.583-23
Paula Henrique de Sousa Junior
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SIMÕES-PI 15/02/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
15/07/2019 AUTO-ATENDIMENTO 11.39.48
403172792 680

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DA CONTA CORRENTE PARA POUPANCA

DEBITADO

AGENCIA: 4031-2 CONTA: 6.450-5
CLIENTE: PAULO HENRIQUE CARVALHO

FAVORECIDO

AGENCIA: 4031-2 CONTA: 14.496-7 VAR: 51
CLIENTE: DOMINGOS FRANCISCO GOMES
VALOR:

TRANSFERENCIA IMEDIATA

Creditos a partir de 04/05/2012 estao
disciplinados pela Lei 12.703.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informacoes.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
15/07/2019 AUTO-ATENDIMENTO 11.39.48
403172792 680

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DA CONTA CORRENTE PARA POUPANCA

DEBITADO

AGENCIA: 4031-2 CONTA: 6.450-5
CLIENTE: PAULO HENRIQUE CARVALHO

FAVORECIDO

AGENCIA: 4031-2 CONTA: 14.496-7 VAR: 51
CLIENTE: DOMINGOS FRANCISCO GOMES
VALOR:

TRANSFERENCIA IMEDIATA

Creditos a partir de 04/05/2012 estao
disciplinados pela Lei 12.703.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informacoes.





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 137591.000237/2019-50

Unidade de Registro: DP DE SIMÕES

Resp. pelo Registro: Cleidenilson José De Carvalho

Data/Hora: 17/06/2019 11:40

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE SIMÕES

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

SIMÕES

Endereço

BR-316, MARCOLÂNDIA/PI, Nº:

Complemento

Data/Hora
19/05/2019 - 12:30

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: DOMINGOS FRANCISCO GOMES

RG: 302928736 SSP SP

Mãe: FRANCISCA MARIA DE JESUS GOMES

Pai: FRANCISCO OTACILIO GOMES

Endereço: SÍTIO SERRA DO MARACUJÁ, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: SIMÕES - CEP: 64585-000

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEICULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA CG 125 FAN KS

Condutor: DOMINGOS FRANCISCO GOMES

End: SERRA DO MARACUJÁ Número: Complemento:

Cidade: SIMÕES UF: PI Bairro:

Ano: Placa:

2010 KKS2850 9C2JC4110AR626736

Chassi:

Renavam:

00212336770

Cor:

Preta

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante veio informar que na data e horário supra indicados, conduzia a motocicleta acima qualificada e seguia pela pista da BR-316, na zona urbana de Marcolândia/PI; sentido Arapirina/PE ao Centro de Marcolândia/PI; Que relata que antes de contornar para o Centro de Marcolândia, precisamente para o lado direito em que seguia, um cachorro atravessou repentinamente na sua dianteira, tendo colidido com esse animal, ocasião em que desgovernou o veículo e caiu sobre a pista de rolamento; Que após isso foi socorrido para a cidade de Simões, onde foi atendido no hospital municipal Zuca Batista; Que de Simões foi logo transferido para Picos/PI, devido a gravidade das lesões sofridas; Que relata que em decorrência desse acidente acabou fraturando a clavícula do lado direito, bem como fraturou três costelas do lado direito; Que destaca que submeteu a cirurgia no hospital regional Justino Luz de Picos/PI; Que foi orientado a registrar ocorrência desse sinistro a título de pleito do seguro DPVAT; Que apresenta para esse registro prontuário de atendimento do nosocômio de Simões, bem como documentação do hospital Justino Luz de Picos/PI.

Cleidenilson José De Carvalho - Mat. 227218X

AGENTE DE POLÍCIA

DOMINGOS FRANCISCO GOMES - Noticiante
Responsável pela Informação

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 316.621.928-51 3 - CPF da vítima: 316.621.928-51 4 - Nome completo da vítima: DOMINGOS FRANCISCO GOMES

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

5 - Nome completo: DOMINGOS FRANCISCO GOMES 6 - CPF: 316.621.928-51
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: R. TERRA DO MARACUJÁ 9 - Número: 51 10 - Complemento:
11 - Bairro: B-RURAL 12 - Cidade: SIMÕES-PI 13 - Estado: PIAUÍ 14 - CEP: 64.585-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 89-999881973

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 4031 2 CONTA: 14.496 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

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

RECEBIMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 AGO 2019
RUA COLOMBO, 100 - JARDIM...
CURITIBA - PR - 81.100-000
FONE: (41) 333-1111

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: JANEIRÃO GOMES DA SILVA JUNIOR

CPF: 800.756.303-20

Janeirão Gomes da Silva Junior

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: Paulo Henrique de Sousa Carvalho Junior

CPF: 1213.021.583-23

Paulo Henrique de Sousa Carvalho Junior

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: SIMÕES-PI 15/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

**HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ**

PRAÇA ANTENOR NEIVA,

BOMBA, PICOS/PI - 64601-391

CNPJ: 06.553.564/0102-81

(89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: P0644171

Registro: 412072

Data: 19/05/2019

Hora: 17:14:00

Funcionário: EDIVANIA

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 107**SUS****DOMINGOS FRANCISCO GOMES**

Nasc.: 27/07/1981 Idade: 37 ANOS, 9 MESES, 23 DIAS Profissão: LAVRADOR

CPF: 316.621.928-51 - RG: 502928736 - SUS:

End.: SERRA DO MARACUJA, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Civil: CASADO(A)

CEP: 64585-001

IBGE: 2210706 Cor: PARDA Mãe: FRANCISCA MARIA DE JESUS GOMES

Cidade: SIMOES/PI

Pai: FRANCISCO OTACILIO GOMES

Telefone: () - Celular: (89) 9944-81593

Clínica: **ACOLHIMENTO**

Documento: 529765 - ANA FLAVIA CABRAL FEITOSA

Responsável: DOMINGOS FRANCISCO GOMES - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.: 103 x 68 mmHg

Procedimentos

19/05/2019 17:14 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

223505

☒ Sem ☐ Vermelho - Emergência ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente**Queixa principal:** DOR NO BRACO E ESCORIAÇÃO

Placenta abdominal esquerda atingida em MS após acidente de motocicleta

Exame clínico/físico:

Pele x em mãos

Enxamecimento + vermelhidão em anexo.

Diagnostico provavel:☐ NOTIFICAR?**Medicação:**

Fx dor no braço (D)

Ser el + m.

Cs. Intermeperol 1/4 Hg. cingon

Procedimentos/exames realizados:Dr. Carlos Eduardo Benício
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI: 5274 CRM-MA: 9618DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PIHOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
Maria Ruth Rodrigues de Araújo Rocha

Francisco Otacilio Gomes

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

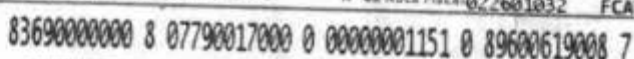
CLIENTE: DOMINGOS FRANCISCO GOMES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04031-2

CONTA: 000010014496-9

Nr. da Autenticação B777448944459290





Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br
Atendimento ao Consumidor: DAVIN R6 RRB8

Fatura Mensal

MATRÍCULA 175997-6		Hidrômetro 408E083003		Referência JUN/2019
Nome/Razão Social/Endereço PAULO HENRIQUE S CARVALHO RUA ANTONIO LOPES, 405 CENTRO SINOS 64585000 AC = 73				
Situação 3/1	Res. 1	Categorias de Uso Com. Ind. Pub.		Inscrição 107 1 03 0113 0233-020
Período de Consumo 05/2019		18/06/2019		Dias Consumo 29
Histórico de Consumo				
Mês/Ano	Leitura	Consumo	Quat.	
12/18	929	7	0	
01/19	944	15	0	
02/19	960	16	0	
03/19	966	6	0	
04/19	972	6	0	
05/19	978	6	0	
06/19	982	4	0	
Forma de Faturamento FATURADO P/ MINIMO DA L.GACA				
Cód. Responsável 011759976		Código de Tarifa E1		
Consumo Médio 9	Cons. Por Água	Cons. Por Esgoto		
Consumo 4	Consumo Relativo 10			
DESCRIÇÃO DA FATURA				
Cód. AUA	Nome do Serviço MANUTENCAO HIDROMETRO			Valor (R\$) 28,12 1,00

VENCIMENTO 24/06/2019 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 30,32
PAGUE ATÉ O VENCIMENTO. EVITE COBRANÇA DE MULTA/JUROS NOIA.
CONFORME LET. FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30
DIAS APÓS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PORT. 2914-2011 MS							
Parâmetros	Turbidez	Cor	Cloro	PH	Ferro	Calc.Totais	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	6,0 a 8,5	0,5	Assente	Assente
Nº Mínimo de Amostras Exigidas							
Nº Amostras Realizadas							
Nº Amostra que Atende Legislação	3,80	1,67	7,40	0,00	0,00		
Valor Médio	PRESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.						
Conclusão	A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE A VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR. E LITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORES. ESGOTO COLETADO PELA AGESPISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL						

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

AGESPISA Águas e Esgotos do Piauí S/A Atendimento ao Consumidor 0800 06 8888		Inscrição 107 1 03 0113 0289-040	AC = 73
Categorias de Uso Res. Com. Ind. Pub.		Matrícula 1175997-6	Referência JUN/2019
VENCIMENTO 24/06/2019		TOTAL A PAGAR (R\$) 30,32	
82690000000-9 30320001321-4 17599760620-7 110000000001-7			



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/BIBLIOTECABWEB/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 Paulo Henrique de Sousa Barreto inscrito (a) no CPF 351.624.763 / 212 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário DOMINGOS FRANCISCO GOMES inscrito (a) no CPF sob o Nº 316.621.928 / 51, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima DOMINGOS FRANCISCO GOMES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 316.621.928 / 51, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residência e endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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



Endereço <u>RUA ANTONIO LOPEZ</u>		Número <u>405</u>	Complemento
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SIMÕES-PI</u>	Estado <u>PIAUI</u>	CEP <u>64.585-000</u>
Email <u>Paulo.h3@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>89.999881973</u>

SIMÕES / 15 de JULHO de 2019
Local e Data

Paulo Henrique de Sousa Barreto
Assinatura do Declarante

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

2 - CNES
4009622

4 - CNES
4009622

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
DOMINGOS FRANCISCO GOMES

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
707604221145796

10 - NOME DA MÃE
FRANCISCA MARIA DE JESUS GOMES

12 - ENDEREÇO
SERRA DO MARACUJA, 0 - ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
SIMOES

8 - DATA DE NASCIMENTO
27/07/1981

9 - SEXO
Masc ☒ 1 Fem ☐ 2

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
412072

11 - TELEFONE DE CONTATO
(89) 9944-81593

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO
2210706

15 - UF
PI

16 - CEP
64585-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Px clonando (D)

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
Maria Rute Rodrigues de Araújo Rocha

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Ansia

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

Ansia

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Px clonando (D)

21 - CID PRINCIPAL

S42.0

22 - CID SECUNDÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 - Jd. G.
Centro - Norte (CEP: 64585-000)
Teresina - PI

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Clonando (D)

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

040801015-0

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

00057102410

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

19/05/19

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

CRM-PI: 5274

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

9612

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP

M220800001

45 - CODUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Assinatura paciente/Responsável

Poliana Francisca Gomes

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

2 - CNES

4009622

4 - CNES

4009622

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

DOMINGOS FRANCISCO GOMES

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

707604221145796

8 - DATA DE NASCIMENTO

27/07/1981

9 - SEXO

Masc ☒ 1 ☐ 2

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

412072

03

11 - TELEFONE DE CONTATO

(89) 9944-81593

10 - NOME DA MÃE

FRANCISCA MARIA DE JESUS GOMES

12 - ENDEREÇO

SERRA DO MARACUJA, 0 - ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SIMOES

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

2210706

15 - UF

PI

16 - CEP

64585-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDÁRIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

Dr. Carlos Eduardo de Almeida
Ortopedia e Traumatologia
CRM nº 17.100-0/MA
SÉRIE
37 - Nº DO BILHETE
40 - CNAE EMPRESA
41 - CBOR

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ORGÃO EMISSOR

M220800001

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

45 - CODUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Assinatura paciente/Responsável

Walter Otacilio Gomes

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64601-301 - Picos-PI

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE	Domingos Francisco Gomes	SEXO	M	APTº		LEITO	
PRONTUÁRIO	432.072	CONVÊNIO	SUS	DATA	19.05.2019	HORA	

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA: OSTEOSÍNTESE DA CLAVÍCULA DIREITA

DATA: INÍCIO DA CIRURGIA: FIM DA CIRURGIA:

CIRURGIA PROPOSTA: CIRURGIA REALIZADA:

TIPO DE CIRURGIA: ELETIVA ☐ REITERNAÇÃO ☐
☐ LIMPA ☐ POTENCIALMENTE CONTAMINADA ☐ CONTAMINADA ☐ INFECTADADESCRIÇÃO DA TÉCNICA / ACHADO CIRÚRGICO:
1. Aproximadamente 1/3 da clavícula direita.
2. Fratura fechada, com deslocamento.
3. Fragmentos com boa vascularização.
4. Lesões com fratura da clavícula.
5. Lesões com fratura da clavícula.
6. Lesões com fratura da clavícula.
7. Lesões com fratura da clavícula.
8. Lesões com fratura da clavícula.
9. Lesões com fratura da clavícula.
10. Lesões com fratura da clavícula.DEPARTAMENTO DE SINISTROS
PRIVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
Maria Ruth Rodrigues de Araújo RochaGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470

INTERCORRÊNCIAS

ANTIBIOTERAPIA ☐ NÃO ☒ SIM ANATOMIA PATOLÓGICA ☐ NÃO ☐ SIM

QUAIS: Nº DE PEÇAS: LOCALIZAÇÃO:

MATERIAIS ESPECIAIS ☐ NÃO ☒ SIM ☐ SÍNTESE/TIPO: ☐ ÓRTESE/TIPO:

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

TIPO DE ANESTESIA: ANESTÉSICO: DURAÇÃO:

ANESTESISTA:

CIRURGIÃO: CREMEB: ASSINATURA:

1º CIRURGIÃO AUXILIAR: CREMEB: ASSINATURA:

Atendimento:	1060702
Data:	20/05/2019
Hora:	21:50

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA ANTENOR NEIVA, 184
PICOS/PI

Nº AIH
RITA

BOLETIM DE ADMISSÃO

412072 - DOMINGOS FRANCISCO GOMES

CASADO(A) - Sexo: MASCULINO - Nascimento: 27/07/1981 - Cor/Raça: 03-PARDA

37 ANOS.9 MESES.24 DIAS

Clinica: ORTOPEDIA Enfermaria: 13- ORTOPEDIA - M Leito: C13/66 Convênio: SUS

Escolaridade: ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO Médico: 5274 - CARLOS EDUARDO BENVINDO ROSAL DA

CPF: 316.621.928-51 RG: 502928736 CNS: 707604221145796 SIS Prenatal:

Endereço: SERRA DO MARACUJA, Nº 0 - CEP: 64585-000 Bairro: ZONA RURAL

Cidade: 2210706- SIMOES/PI Profissão: LAVRADOR Telefone: (89) 9944-81593

Pai: FRANCISCO OTACILIO GOMES Mãe: FRANCISCA MARIA DE JESUS GOMES

Responsavel: ADAO OTACILIO GOMES - (89) 9944-81593 - IRMAO

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

Resultado

<input type="checkbox"/>	Curado	<input type="checkbox"/>	Removido	<input type="checkbox"/>	-48 Horas
<input type="checkbox"/>	Melhorado	<input type="checkbox"/>	Pedido	<input type="checkbox"/>	+48 Horas
<input type="checkbox"/>	Inalterado	<input type="checkbox"/>	Evasão	<input type="checkbox"/>	Obito
<input type="checkbox"/>	Piorado	<input type="checkbox"/>	Indisciplina		

Transferido

História Clínica

Diagnóstico Provável



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
Maria Raulino Rodrigues de Araújo Rocha

CARLOS EDUARDO BENVINDO ROSAL DA FONSECA N

Evolução Clínica

Atendimento
1060702

Paciente
DOMINGOS FRANCISCO GOMES

Nota sobre a evolução da doença, complicações, consultas, mudança de diagnóstico, condições a serem dadas nas altas, instruções ao paciente devendo toda anotação ser assinada pelo médico.

Data/Hora

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
21 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Nave CEP: 64.002-470
Teresina - PI

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUIZ
Mora Raul Rodrigues de Almeida Rocha

SUS

SESAPI

SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

JUSTIÇA

GOVERNADOR
EXCELENCIA

54614
202

NOME: <u>Dominos Francis Gern</u>		ALA	APTO	LEITO	R. MET.
HD: <u>Ex clíniculo</u>					
DATA: 19/05/19					
1. DIETA GERAL					
2. Sinal Salinizado					
3. RANTIDINA 25 MG/ML - 01 AMP + AD. IV, 8/8H		18	02		
4. DIPRONA 1 G + AD EV 6/6 h SOS		18	06	SN	
5. TILATIL 20 MG EV 12/12 h		18	06	SN	
6. TRAMADOL 100 mg - SF 0,9% 100 ML EV 8/8 SOS		03		SN	
7. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					

Dr. Carlos Eduardo Resende
Otorrinolaringologista
CRM-PI: 22.111 / CRM-MG: 9518

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUIZ
Mário Raulo, 1000 - Centro - 64000-000 - Teresina - PI

SUS

SESAPI

SECRETARIA
ESTADUAL DE
SAÚDE DO PIAUÍ

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 AGO 2019
GENTE SEGURO S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - 64000-000 - Teresina - PI

SUS

GOVERNO DO PIAUÍ

NOME:	ALA	APTO	LEITO	R. MET
HD:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA: 19/05/19	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO			
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
1. DIETA GERAL				
2. Solut. Salinizado				
3. RANITIDINA 25 MG/ML - 01 AMP + AD, IV, 8/8h				
4. DIPIRONA 1 G + ADE EV 6/6 h SOS				
5. TILATIL 20 MG EV 12/12 h				
6. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 SOS				
7. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA				
8. <i>Dr. Carlos Eduardo de Almeida</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>CRM-PI 5274 / CRM-AM 9570</i>				
9.				
10.				
11.				
8.				
9.				
10.				

SESAPI

SECRETARIA
ESTADUAL DE
SAÚDE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

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

NOME:	Idemilson Francisco Gomes		
HID:	Fratina Classificação		
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA: 21/05/2019			
1. DIETA ORAL LIVRE			
2. JELCO SALINIZADO			
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110 NMHG			
4. DIPIRONA 01 G + ADEV 6/6 h S/N			
5. ONDANSETRONA 8MG - ADEV 8/8, S/N			
6. IRAMADOL 100 mg - SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h, S/N			
7. CCGG+SSV			
8. TILATIL 40MG, EV, 12/12H			
ALAC	APTO	LEITO	R. MET.
RELATORIO DE ENFERMAGEM			
HORARIO DE MEDICAÇÃO			
OBSERVAÇÕES			
<p>9:00 Ref em 2º DIA pós fratura clavicular D. mem fratura em arco costais D. e presença de múltiplas exu- sões em MIE. Presença de tudo, sem sinais, deambula, hi- perpigado. No exame físico, se- m febre, sem sinais de infecção nos pontos de inserção de cateteres e sonda. Sinais vitais em um ambiente, após 24h em local de fratura. Aguardando curetagem AVO em MSE para ant gros. SSV T: 36,5°C PA: 120 x 90 mmHg P: 88 bpm R: 16 rpm acid. EUF. UPE. Diurese 800 mL de Oxigeno.</p> <p>Dr. Gilmario F. Pereira F: 21/05/2019</p>			

[Assinatura]
Gustavo Felly
Enfermeiro e Fisioterapeuta
CRM: 5111 / CRM-MA 2016

Dr. Gilmario F. Pereira
F: 21/05/2019
Cirurgião de Cabeça e Pescoço
Médico em Enfermagem
COREN 126663



SUS



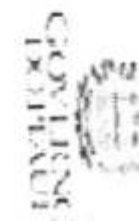
SESAPI

SECRETARIA
ESTADUAL DE
SAÚDE DO PIAUÍ

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Creio de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte DEB 64.002-470
Teresina-PI



NOME: DOMINGOS FRANCISCO GOMES
HID: FX DA CLAVICULA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA: 22/05/2019

1. DIETA ORAL LIVRE
2. JEICO HIDROLISADO
3. OMEPRAZOL 40 mg VO ÀS 06 HORAS
4. DIPERONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (SN)
5. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h (SN)
6. ONDANSETRONA 8mg - 01 AMP IV 8/8 HORAS (SN)
7. CAPTOPRIL 25MG - 01 COMP VO 8/8 H SE PAS > 160 MMHG E/OU PAD > 110 MMHG
8. SSVV + CCGG
9. TILATIL 40MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS

Dr. Francisco Domingos
Osteodentista
CRM-PI: 45047150 19199

ALAC	ENF 18	LEITO 83	R. MET.
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	

ptm. Paciente com quadro de elevação
eventual, bem como, apresentando
sintomas neurológicos, apresentando
ambliopia, perda de visão, perda
de equilíbrio. AVE em 15% sem sinais
focais. Paciente com dor em
região superior da cabeça. Não tem
sinais de desidratação. Examinado
nos pontos de entrada e saída
(S20). Tem seguimento de sinais
de SSVV: P=110x80 mmHg, FC=94
bpm. Tax=36,3%. Acéfalo -
do 19.50 medido SSVV
PA = 78x80 mmHg T. 36,8

PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO DE MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
DATA: 23/05/2019			
1. DIETA LIVRE			
2. JELCO SALINIZADO			
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180 OU PAD>100 MMHG			
4. DIPIRONA 01 G + ADE EV 6/6 h S/N			
5. ONDANSETRONA 8MG + ADE EV 8/8 S/N			
6. TRAMADOL 100 MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8 h S/N			
7. TILATIL 40MG + ADE EV 12/12H S/N			
8. SSVV+CCGG			

SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ
SESAPI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

GOVERNO
DO ESTADO DO PIAUÍ

NOME: <i>Danilo Pereira</i>		ALAC: <i>18</i>	APTO: <i>83</i>	LEITO:	R. MET:
ID: <i>Er. Clavícula</i>		RELATORIO DE ENFERMAGEM			
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORARIO DE MEDICAÇÃO			
DATA: 24/08/2019		OBSERVAÇÕES			
1. DIETA LIVRE					
2. JELCO SALINIZADO					
3. CAPTOPRIL 25 MG VO SE PAS > 180 OU PAID > 100 MMHG					
4. DIPIRONA 01 G - ADEV 6/6 h S/N					
5. ONDANSETRONA 8 MG + ADEV 8/8 S/N					
6. TRAMADOL 100 MG - SF 0.9% 100 ML EV 8/8 h S/N					
7. TILATIL 40 MG + ADEV 12/12 h S/N					
8. SSVV + CCGG					

Heitor Jesus
Jo. Sebastião
Osteodermatologista
CRM 204 TERT-PI
CPF 04.000.474-43

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUIZ
Mestre João Antônio de Almeida Rodas

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
21 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

NOME: DOMINGOS FRANCISCO GOMES		ALAC 18	APTO 18	83	LEITO 83	R. MET.
HD: FX CLAVICULA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM				
PRESCRIÇÃO MEDICA		OBSERVAÇÕES				
DATA: 25/03/2019		SUS				
1. DIETA LIVRE		Atenção				
2. JELCO SALINIZADO		SN 18/10/19				
3. DIPIRONA 1 G - AD IV 6/6 HORAS S/N		19/03/19 Verificado PN - 114/80				
4. CAPTOPRIL 25 MG-01 COMP VO 8/8 H SE PAS MAIOR 180 MMHG E/OU PAD MAIOR 100 MMHG		19/03/19 T= 36,5°C. Paralela de				
5. TRAMADOL 100MG + SF 0,9 % 100 ML EV 8/8 HORAS S/N		SN 18/10/19				
6. TILATIL 40MG + AD EV DE 12/12H S/N		SN 18/10/19				
7. ONDANSETRONA 8 MG - AD EV 8/8H S/N		SN 18/10/19				
8. SSVV + CCGG		SN 18/10/19				
<p>Dr. Francisco Vitor Cirurgião Geral CRM: 17.700-0/05</p>						

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUIZ
Teresina-PI



525



SESAP I

SECRETARIA
ESTADUAL DE
SAÚDE DO PIAUÍ

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

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

HPJL

COTLINO
LORDI[illegible]



SECRETARIA DE SAÚDE DO PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

GENTE SEGURO S.A.
Rua Celso de Resende, 465 Loja C
Centro - Natal - RN CEP: 64.002-470

HRJL
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUIZ

GOVERNO DO ESTADO DO PERNAMBUCO

Domingos Francisco

21 98-83

NOME: Domingos Francisco Gomes

HD: # Fretada Clínica D
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA: 05/05/2019

1. DIETA LIVRE

2. JEICO SALINIZADO

3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180 OU PAD>100 MMHG

4. DIPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h S/N

5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8 h S/N

6. TRAMADOL 100 MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8 h S/N

7. TILATIL 40MG + ADEV 12/12h S/N

8. SSVV + CCGG

ALAC

18

APTO

83

LEITO

R. MET.

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

Dr. Gustavo Felix
Ortopedia e Traumatologia
CRM-01 5111 / CRM-MA 9916

Dr. Gustavo Felix

17 ppm, FC = 80 bpm, AC
EUF, VFI, Tmto de 30 min
Hb 19,4 verificada
PR: 110x70mmHg com PR
34mmHg de enfi. de



SECRETARIA
ESTADUAL DE
SAÚDE DO PIAUÍ

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

GENTE SEGUROORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64000-470
Teresina-PI

HOSPITAL
REGIONAL
JUSTINO LUIZ

GOVERNO
DO PIAUÍ

NOME: DOMINGOS FRANCISCO GOMES
HID: FX DA CLAVICULA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA: 24/05/2019

1. DIETA ORAL LIVRE

2. JELCO HIDROLISADO

3. OMEPRAZOL 40 mg VO AS 06 HORAS

4. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (SN)

5. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 mL EV 8/8h (SN)

6. ONDANSETRONA 8mg - 01 AMP IV 8/8 HORAS (SN)

7. CAFTOPRIL 25MG - 01 COMP VO 8/8 H SE PAS > 160

MMHG E/OU PAD > 110 MMHG

8. SSVV + CCGG

9. TILATIL 40MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS

ALAC

ENF 18

LEITO 83

R. MET.

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO DE MEDICAÇÃO

OBSERVAÇÕES

SUB

Medicamento 1

Medicamento 2

Medicamento 3

Medicamento 4

Medicamento 5

Medicamento 6

Medicamento 7

Medicamento 8

Medicamento 9

Medicamento 10

Medicamento 11

Medicamento 12

Medicamento 13

Medicamento 14

Medicamento 15

Medicamento 16

Medicamento 17

Medicamento 18

Medicamento 19

Medicamento 20

Dr. Francisco Justino Luiz
Otorrinolaringologista
CRM-PI 45941-1/EDT 14795

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

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

NOME: DOMINGOS FRANCISCO GOMES		ALAC 18	APTO 83	LEITO	R. MET.
HD: 1º DPO OST CLAVICULA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
PRESCRIÇÃO MÉDICA		OBSERVAÇÕES			
DATA: 31/05/2019		HORÁRIO DE MEDICAÇÃO			
1. DIETA LIVRE					
2. JELCO SALINIZADO					
3. DIPIRONA 1 G + AD. IV 6/6 HORAS S/N					
4- CAPTOPRIL 25 MG- 01 COMP VO 8/1 H SE PAS MAIOR 180 MMHG E/OU PAD MAIOR 100 MMHG					
5- TRAMADOL 100MG + SF 0,9 % 100 ML EV 8/8 HORAS S/N					
6- TILATIL 40MG + AD EV DE 12/12H S/N					
7- ONDANSETRONA 8 MG + AD EV 8/8H S/N					
8- CEFTRIAX 1G. EV. 12/12H					
<p><i>Dr. Carlos</i></p>		<p>As 8:00 hrs realizado curativo no 1º DPO (cirurgia clavícula) com presença da pupila esquerda de reação normal, com sensibilidade normal, com resposta adequada de 5/5 O.S. e pupila esquerda de 5/5 O.S. - visualização da 19:03hrs realizada curativo 5500 ml 50/60mmHg, 93/60°C, fúnd. em VEP. visualização</p>			

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

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

NOMES

HFD

DATA: 01/06/2019

PREScrição Médica

X-1. DIET A ORAL LIVER

2. JELICO SALINZADO

3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS 160OL PAID 110 MMHG

4. DIPIRONA 01 G - AD EV 6/6 h S/N

5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8, S/N

6. TRAMADOL 100 mg + SF 0.9% 100 mL, EV 8/8 h, S/N

7 CCGG-SSVV

8. TILATIL 40MG. EV. 12/12H

8 JUL 40 MG. EV. 12/2H
Defendant by CV 12/12/24

ALAN C.

AP10

LEITTO

R. METT

HORÁRIO DE MEDICAÇÃO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-301 - Picos-PI

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA PERIOPERATÓRIA

Usuário: Deividson F. Gomes Prontuário: _____

D.N. _____ Sexo: M F: _____

Procedimento Cirúrgico: Cistoc. Clavicular Data Cirúrgica: 30/05/19

Antes da indução anestésica

(Na presença de, pelo menos, membro da equipe de enfermagem e do anestesiológico)

O paciente confirmou a sua identidade, o local da cirurgia, o procedimento a seu consentimento?

☒ Sim

O local está demarcado?

☒ Sim

☐ Não aplicável

Foi concluída a verificação do equipamento de anestesiológico e da medicação?

☒ Sim

O oxímetro de pulso está colocado no paciente e funcionando?

☒ Sim

O paciente possui:

Alergia conhecida?

☐ Sim

☒ Não

Via aérea difícil ou risco de aspiração

☒ Não

☐ Sim, equipamentos/assistência disponíveis

Risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg para crianças)?

☒ Não

☐ Sim, e 2 acessos intravenosos ou 01 acesso central e fluidos previstos

Antes da incisão cirúrgica

(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e o cirurgião)

☒ Confirmar que todos os membros se apresentaram, indicando seu nome e sua função

☒ Confirmar o nome do paciente, o procedimento e onde será aplicada a incisão

A profilaxia antimicrobiana foi administrada nos últimos 60 minutos?

☒ Sim

☐ Não aplicável

Prevenção de eventos críticos para o Cirurgião:

☐ Quais são as etapas críticas ou não rotineiras? Qual duração do caso?

☐ Qual quantidade de perda de sangue prevista?

Para o anestesiológico:

☐ Há alguma preocupação especificamente relacionada ao paciente?

Para equipe de enfermagem:

☐ Foi confirmada a esterilização incluindo os resultados dos indicadores?

☐ Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?

Os exames de imagens essenciais estão disponíveis?

☒ Sim

☐ Não aplicável

Antes da saída do paciente da sala cirúrgica

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e o cirurgião)

Membros da equipe de enfermagem confirma

☐ O nome do procedimento

☐ A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas

☐ A identificação das amostras (ver as identificações das amostras em voz alta, inclusive o nome do paciente)

☐ Se há quaisquer problemas com os equipamentos a serem resolvidos

Para o Cirurgião, o Anestesiológico e Equipe de Enfermagem:

☐ Quais são as principais preocupações para a recuperação e manejo deste paciente?

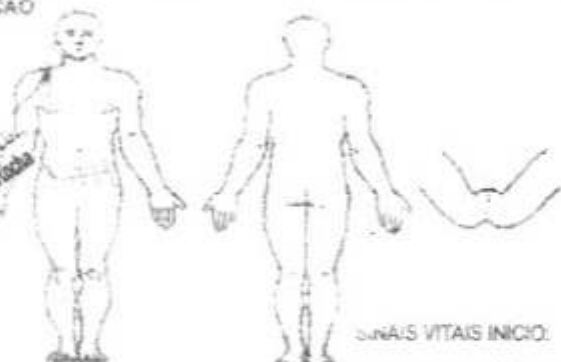
Flavio

assinatura-COREN

REGISTRO DE ENFERMAGEM
NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

CIRCULANTE: Luciano SALA Nº: 12
 ENTRADA NA SALA: 12:00 INÍCIO DA ANESTESIA: 12:00 INÍCIO DA CIRURGIA: 12:25
 SAÍDA DA SALA: 13:00 TÉRMINO DA ANESTESIA: 13:00 TÉRMINO DA CIRURGIA: 13:00
 CIRURGIÃO PROPOSTO: Dr. Eduardo de Oliveira
 CIRURGIÃO REALIZADA: Dr. Eduardo de Oliveira
 CIRURGIÃO RESPONSÁVEL: Dr. Eduardo ANESTESIOLOGISTA: Dr. Eduardo INSTRUMENTADOR: Dr. Eduardo
 ASSISTENTES: 1 CRM: 2 CRM: 2

MONITORIZAÇÃO



SÍMBOLOS

- ☐ PLACA DE BISTURI
- ☐ ELÉTRODOS
- ☐ INCISÃO CIRÚRGICA
- ☐ OXIMETRIA DE PULSO
- ☐ PANI

SINAIS VITAIS INÍCIO: PA 120x30 SATO 92 FC 75
 SINAIS VITAIS TÉRMINO: PA 120x30 SATO 92 FC 75

TIPO DE ANESTESIA

- ☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX
- ☐ BLOQUEIO PARA CERVICAL JELCO Nº 20
- ☐ BLOQUEIO DE PERIFÉRIA
- ☐ GERAL COMBINADA (1+1)
- ☐ GERAL INALATÓRIA
- ☐ GERAL VENOSA
- ☐ LOCAL
- ☐ PERIDURAL
- ☐ SEDACÃO
- ☒ SEDACÃO + LOCAL
- ☐ TÓRICA
- ☐ COM CATETER
- ☐ SEM CATETER
- ☐ MASCARA LARÍNGEA Nº
- ☐ OUTRAS

POSICÃO INTRA-OPERATÓRIA

- ☒ SUPINA
- ☐ LATERAL ESQUERDA
- ☐ LATERAL DIREITA
- ☐ SENTADA
- ☐ SEMI-FOUJER
- ☐ TRENDELENBURG

PREPARO DA PELE

- ☒ ALCOOL 70% IODINE
- ☐ ALCOOL 70% IODINE
- ☐ ALCOOL 70% IODINE
- ☐ ALCOOL 70% IODINE
- ☐ ALCOOL 70% IODINE
- ☒ PVA TÓPICO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ☐ CATETERISMO VESICAL
- ☐ TRICOTOMIA
- ☐ PASSAGEM SNG
- ☐ FUNÇÃO VENOSA
- ☐ MSD
- ☐ MSE
- ☐ ASPIRAÇÃO
- ☐ OUTROS

- ☐ TUBO NASAL Nº
- ☐ TUBO NASAL Nº
- ☐ COLETA Nº
- ☐ UROSTOP
- ☐ AP BARBEAR
- ☐ UND
- ☐ SNG Nº
- ☐ JELCO Nº

GARROTEAMENTO

- ☐ GARROTE DE SMARCH
- ☐ UND
- ☐ GARROTE PNEUMÁTICO
- ☐ mmHg
- ☐ NÃO SE APLICA
- ☐ COXA
- ☐ PANTURRILHA

SERVIÇOS SOLICITADOS

- ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA
- ☐ SIM
- ☐ LOCAL
- ☐ Nº DE FRASCOS
- ☐ INTENSIFICADOR DE IMAGEM
- ☐ OUTROS
- ☐ NÃO SE APLICA

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos - PI

FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE <i>Domingo F. de G. Gomes</i>				DATA <i>25/08/19</i>	PRONTUÁRIO	LEITO
PROCEDIMENTO <i>Abertura de drenagem p. b.</i>				SALA		
MATERIAL DE CONSUMO				QUANT.	UND.	TOTAL
SERINGA 1 ML 3 ML						
SERINGA 5 ML/10 ML						
SERINGA 20 ML						
KIT ACESSO CENTRAL						
SONDA DE ASPIRAÇÃO						
AGULHA 40X12						
ALGODÃO						
ÁGUA DESTILADA						
PVPI						
SONDA VESICAL						
COLETOR DE URINA						
ESCOVA COM DEGERMANTE						
ATADURA COM CREPOM						
ATADURA GESSADA						
ATROPINA						
KETALAR						
DIMORF						
NEOCAÍNA PESADA						
LIDOCAÍNA						
PROFANOL						
MIDAZOLAN						
DIAZEPAN						
TIOPENTAL						
EFORTIL						
DIPIRONA						
CEFAZOLINA						
FENTANIL						
FLUMAZENIL						
PLASIL						
VITAMINA K						
VITAMINA A						
OCITOCINA						
METHERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-GUT-CROMADO						
FIO DE ALGODÃO						
NYLON						
VYCRIL						
PROLENE						
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE						
ESPARADRAPO						
LÂMINA DE BISTURI						
LUA ESTÉRIL						
LUA DE PROCEDIMENTO						
SORO FISIOLÓGICO 0,9%						
SORO GLICOSADO 5%						
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
AQUIPO						
AGULHA DE RAQUE						
TNOXICAM						

ARCO CIRÚRGICO

BOMBA DE INFUSÃO

ASPIRADOR

AUTOCLAVE

INSTRUMENTAL CIRÚRGICO

ULTRASSON

STIMUPLEX

USO DA SALA

INÍCIO

TÉRMINO

DURAÇÃO

OPERAÇÃO

CIRURGIÃO

AUXILIAR

ANESTESISTA

TIPO DE ANESTESIA

INSTRUMENTADOR

OCORRÊNCIAS

 DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

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

 HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
 Maria Paula Rodrigues de Araújo Rocha

MÉDICO:

ENFERMEIRA(O):

TÉC. ENFER:

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-391 - Picos-PI

FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE:

Detran Jorge Francisco Gomes

DATA 30/05/2019	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	Nº DE REGISTRO
EXAMES DE SANGUE	GRUPO SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	PESO ALTURA
EXAMES DE URINA	ASA IE			GLICEMIA	DOS. URÉIA

FUNÇÃO RESPIRATORIA	ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA CIRCULATORIO	ASMA	BRONQUITE
SISTEMA RESPIRATORIO	SISTEMA URINÁRIO	
SISTEMA DIGESTIVO	CORICÓIDES	ATARÁXICOS OUTROS
ESTADO MENTAL	FÍSICO	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	EFEITOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)	APLICADO ÀS	TOTAL DE DOSES

AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	1 2 3	2
LÍQUIDOS	SO. UTO	500	500
	SANGUE	400	400
	OUTROS	300	300
TEMPERATURA	C°	260	260
P. ARTERIAL	38	240	240
V. O. PULSO		2	2
INICIO E FIM ANESTESIA		200	200
INICIO E FIM OPERAÇÃO		180	180
RESPIRAÇÃO		160	160

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Picos-PI

- SEQUÊNCIA
1. efedrina 30 gr
 2. efedrina 30 gr
 3. efedrina 30 gr
 4. efedrina 30 gr
 5. efedrina 30 gr
 6. efedrina 30 gr
 7. efedrina 30 gr
 8. efedrina 30 gr
 9. efedrina 30 gr
 10. efedrina 30 gr
 11. efedrina 30 gr
 12. efedrina 30 gr
 13. efedrina 30 gr
 14. efedrina 30 gr
 15. efedrina 30 gr

SÍMBOLOS	TÉCNICAS
OPERAÇÕES	Trat. Fratura clavícula direita
CIRURGIÕES	Dr. Norberto + Dr. Fernando
ANESTESISTAS	Dr. Camargo
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUIZ	
Maria Rosa Rêgo de Aguiar Rocha	
Edson de Aguiar Barros - Camargo	
Med. 130000000-000000000	
CRM PI 3885	
PARTICULARIDADES	

DURAÇÃO	INCIDENTE / ACIDENTE
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS	

**SOLICITAÇÃO DE VAGA / TRANSFERÊNCIA**

() Obstetria (☒) Trauma () Cirúrgica () Psiquiatria () Outro: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME DA MÃE: *Fátima Nogueira de Jesus*

DATA DE NASCIMENTO: 27/12/1987 IDADE: 37 ANOS GÊNERO: () MASCULINO () FEMININO

Nº DO CARTÃO DO SUS: 704 6042 2114 5196 11

ENDERECO: 50 Via Roma - MADRID

[illegible]

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

RESPOSTA VERBAL

4 - ESPONTÂNEA

5 - ORIENTADO

3 – COMANDOS

4 - CONFUSA

2 - A DOR

3 – PALAVRAS INAPROPRIADAS

1 - NENHUMA

2 – PALAVRAS INCOMPREENSÍVEIS

1 – NENHUMA

SINAIS VITAIS:

Tax 37.5 ° CP: 80 bpm R: 18 mm PA: 140/60 mmHg SatO₂ 96 Glicemia: 170 mg/Gl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

() OXIGÊNIO (\) HIDRATAÇÃO VENOSA: _____

() ASPIRAÇÃO () MEDICAÇÃO: Aspirado Nasal 1 hora - 10 ml

() CURATIVO () OUTROS: _____

EXAMES REALIZADOS (ENVIAR CÓPIA): _____

HOSPITAL DE DESTINO:

HOSPITAL H.R. 2.905

CLÍNICA/POSTO: DR FRANCISCO BATIS SENHA: 2017-03-08 10:30

Informações Gerais

Paciente: DOMINGOS FRANCISCO GOMES - 707604221145796 - 27/07/1981 (37 anos), Simões, Mãe: FRANCISCA MARIA DE JESUS GOMES (/pacientes/225732)
Leito: Hospital Regional Justino Luz (Picos/PI) (/estabelecimentos/37)
Class. Risco: Emergência

VISÃO GERAL

Estab. Solicitante	Hospital Municipal Zuca Batista (Simões/PI)
Médico Solicitante	FRANCISCO BATISTA NETO
Usuário Solicitante	Usuário Padrão
Senha	201905190115080
Observação Solicitante	FRANCISCO BATISTA NETO
Observação Executante	Djane Maria Barbosa da Silva em 19/05/2019 15:05; Djane Maria Barbosa da Silva em 19/05/2019 15:24
Caráter	Urgência
Tipo de Leito	Ortopedia e Traumatologia
CIDs	Fraturas múltiplas da clavícula, da omoplata (escápula) e do úmero
Procedimentos	
Descrição Clínica	Paciente sofreu acidente de moto há 4 hora com fratura de clavícula direita região proximal ao Radiografia. Sinais vitais tem 36,5, pulso 70, fr 18, pressão arterial 100x60, glicemia 120mg/dl, glasgow 15, saturando 95% ao ar ambiente
Observações	

EVOLUÇÃO

Dados de Notificação da Senha

Data	Usuário	Solicitante	Executante
19/05/2019 15:07	Valmir Gomes de Brito Junior - Operador Internação - SESAPI	FRANCISCO BATISTA NETO	Djane Maria Barbosa da Silva em 19/05/2019 15:05; Djane Maria Barbosa da Silva em 19/05/2019 15:24

Atualizações no Fluxo

Data	Usuário	Status	Motivo
19/05/2019 14:55	aline de vasconcelos guimaraes - Regulador Internação - SESAPI	Fila de Espera	
19/05/2019 14:55	aline de vasconcelos guimaraes - Regulador Internação - SESAPI	Regulada	
19/05/2019 15:07	Valmir Gomes de Brito Junior - Operador Internação - SESAPI	Encerrada	Notificação das senhas aos Envolvidos.
19/05/2019 15:24	Djane Maria Barbosa da Silva - Estab: Hospital Regional Justino Luz	Encerrada	Visualização de Senha pelo Estabelecimento

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
Mário Roberto de Araújo Rocha

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

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

Atendimento: E0121218



INTERNAÇÃO

Coletado:

Data: 24/05/2019

Paciente: **DOMINGOS FRANCISCO GOMES**
Médico(a): **JOSE AYRES PEDREIRA JUNIOR**
Convênio: **SUS**

Leito: C13/66 Enfermaria: 13

Sexo: **MASCULINO**
Idade: **37 ANOS, 9 MESES, 24 DIA**
Impressor: **24/05/2019**

HEMOGRAMA

Material SANGUE
Método

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	4,17 milhões/mm ³	4,5 a 5,9 milhões/mm ³
HEMOGLOBINA	13,5 g%	12,0 a 17,5 g%
HEMATÓCRITO	38,7 %	40 a 52 %
VCM	92,81 u ³	80 a 100 u ³
HCM	32,37 pg	26 a 34 pg
CHCM	34,88 %	31 a 36 %
OBSERVAÇÕES		

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	6,200 mm ³	4.500 a 11.000 /mm ³
MIÉLOCITOS	00 %	0
METAMIELOCITOS	00 %	0
BASTONETES	00 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
SEGMENTADOS	73 %	0 a 4 % Até 400 /mm ³
BASÓFILOS	00 %	36 a 66 % 2000 a 7500 /mm ³
EOSINÓFILOS	01 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
LINFÓCITOS	19 %	0 a 4 % 100 a 400 /mm ³
MONÓCITOS	07 %	20 a 40 % 900 a 4400 /mm ³
LINFÓCITOS ATÍPICOS	00 %	2 a 8 % 200 a 800 /mm ³
CONTAGEM GERAL	100,00	100%
PLAQUETAS	276,000 /mm ³	150.000 a 400.000 /μL
OBSERVAÇÕES		
OBSERVAÇÃO GERAL:		

Coletado: 24/05/2019 - 10:48:00
Liberado: 24/05/2019 - 10:53:24

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS-
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

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

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
Mário Rômulo Rodrigues de Araújo Rocha

AVISO DE ALTA

PACIENTE

Domingos F. de Jesus

ENFERMARIA

218

LEITO

83

DATA DA ADMISSÃO

20.05.19

DATA DA ALTA

01.06.19

MÉDICO RESPONSÁVEL PELA ALTA

Dr. Claudio

ENFERMEIRO

Endone

OBSERVAÇÃO

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-391 - Picos-F

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
Maria Paula Rodrigues de Almeida Rocha

ID: 075009
PACIENTE: DOMINGOS FRANCISCO GOMES
IDADE: 37 anos
CONVÊNIO: PARTICULAR

CÓDIGO DO EXAME: 1190520093850
DATA DO EXAME: 20/05/2019
DATA DE IMPRESSÃO: 20/05/2019
MÉDICO SOLICITANTE:

RX DE ARCOS COSTAIS À DIREITA

Sugestivos traços de fraturas nos 2º e 3º arcos costais anteriores.

Interlinhas e superfícies articulares: íntegras.

Partes moles sem alterações radiológicas.

CONCLUSÃO: Sugestivos traços de fraturas nos 2º e 3º arcos costais anteriores.



Dr. Jorge C. Neto
CRM-PI 3556

Radiologia e Diagnóstico por Imagem

MATRIZ: Rua Faria Pacheco, 1825 - Centro - Teresina - PI - CEP: 64001-260 - Fone: 86.3226-5100
FILIAL: Rua Antônio Lopes, S/N - Centro - Simões - PI - CEP: 64665-000 - Fone: 89.99927.8361
FILIAL: R. 316, Loteamento Dona Corina - Arapirica - PE - CEP: 56.280.000

ID: 075009
PACIENTE: DOMINGOS FRANCISCO GOMES
IDADE: 37 anos
CONVÊNIO: PARTICULAR

CÓDIGO DO EXAME: 1190520093826
DATA DO EXAME: 20/05/2019
DATA DE IMPRESSÃO: 20/05/2019
MÉDICO SOLICITANTE: FRANCISCO BATISTA

RX DE CLAVÍCULA DIREITA

Fratura completa desalinhada e com cavalgamento ósseo do terço médio da clavícula.

Interlinhas e superfícies articulares: íntegras.

Partes moles sem alterações radiológicas.

CONCLUSÃO:

Fratura completa desalinhada e com cavalgamento ósseo do terço médio da clavícula.



Dr. Jorge C. Neto
CRM-PI 3556

Radiologia e Diagnóstico por Imagem

MATRIZ: Rua Pista Pacheco, 1025 - Centro - Teresina - PI - CEP: 64001-260 - Fone: 86-3226-5100
FILIAL: Rua Antônio Lopes, S/N - Centro - Simões - PI - CEP: 64505-000 - Fone: 89-99927-8361
FILIAL: Nr 316, Loteamento Dona Carlina - Arripina - PE - CEP: 56.280.000

PROIBIDO PLASTIFICAR

8083-8

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Domingos Francisco Gomes

Polícia Federal

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

315.621.928-51

DOMINGOS FRANCISCO GOMES

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

50.292.873-6 30/OUT/2006

DOMINGOS FRANCISCO GOMES

FRANCISCO OTACÍLIO GOMES

E FRANCISCA MARIA DE JESUS GOMES

ARARIPINA - PE

ARARIPINA - PE

ARARIPINA

CN: LV.A31 / FLS.25 / N.028805

27/JUL/1981

Declarado

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

Carteiro

Max 200g

CORREIOS

www.correios.gov.br

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190491581

Cidade: Simões

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DOMINGOS FRANCISCO GOMES

Data do acidente: 19/05/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de clavícula direita.
Fratura de segundo e terceiro arcos costais à direita.

Descrição do exame Paciente apresenta déficits de movimentos em ombro direito.

físico: Déficits de flexão (realiza 0-30), extensão (realiza 0-10), adução (realiza 0-20), abdução (realiza 0-30), rotação interna (realiza 0-30) e rotação externa (realiza 0-10) de ombro direito. Dor aos moderados esforços. Edema (2+/3+) . Déficit de força grau 4.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico. Realizou fisioterapia. Refere alta médica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/09/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Picos.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 014207686416
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 00212336770 R.N.T.R.C. 2018

NOME
DOMINGOS FRANCISCO GOMES

CPF / CNPJ
31662192851

PLACA
KKS-2850

PLACA ANT. / UF
KKS-2850

CHASSI
9C2JC4110AR626736

ESPÉCIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NENHUMA

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. ANO MOD.
2010 2010

CAP. POT. / CL.
02P/0124CC

CATEGORIA
PARTICU

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
1ª IPVA
2ª
3ª PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO OBRIGATORIO

SEM RESTRICÇÕES
DOCUMENTO DE PONTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL DATA
MARCOLANDIA 10/06/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 014207686416 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 10/06/2018

VIA: CPF / CNPJ PLACA
1 31662192851 KKS-2850

RENAVAM: MARCA / MODELO
00212336770 HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. DATA Nº CHASSI
2010 09 9C2JC4110AR626736

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
000,00 000,00 000,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO (R\$)
000,00 000,00 195,50

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
COTA ÚNICA PARCELADO 31/10/2018

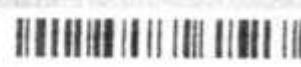
SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.606/0001-04

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

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



**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: **3190491581**

Nome do(a) Examinado(a): **DOMINGOS FRANCISCO GOMES**

Endereço do(a) Examinado(a):

LC SERRA DO MARACUJA, SN - ZONA RURAL - Simões - PI - CEP 64585-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**Ssp /SP**] **502928736**

Data e local do acidente: [**19/05/2019**] **Marcolândia - Piauí**

Data e local do exame: [**10/09/2019**] **Picos** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura de clavícula direita Fratura de segundo e terceiro arcos costais à direita

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

Paciente apresenta déficits de movimentos em ombro direito.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Submetido a tratamento cirúrgico. Realizou fisioterapia. Refere alta médica.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Déficits de flexão (realiza 0-30), extensão (realiza 0-10), adução (realiza 0-20), abdução (realiza 0-30), rotação interna (realiza 0-30) e rotação externa (realiza 0-10) de ombro direito. Dor aos moderados esforços. Edema (2+/3+). Déficit de força grau 4.

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

() "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):

Ombro direito

% 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.



Luanna Moura Moreira - CRM: 4718 - PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Paulo Henrique de Sousa Carvalho Junior
0619053

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RÉGISTRO GERAL 2.978.980 DATA DE EXPEDIÇÃO 03/08/15

NOME PAULO HENRIQUE DE SOUSA CARVALHO JUNIOR

FILIAÇÃO JANE CÂRLIA GOMES DA SILVEIRA SOUSA
PAULO HENRIQUE DE SOUSA CARVALHO

NATURALIDADE ARARIPINA-PE DATA DE NASCIMENTO 28/12/1997

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 20489 L-20 F 01V

EXP SIMÕES-PI 20/01/98

CPE 013.071.583-23

TERRAÇÃO 14

MARCUS ANTONIO PINHEIRO DE MASCARENHAS
Diretor de Sinistros e Ident. J. C. Martins

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

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

Nº da Nota Fiscal 023194954

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	21/06/2019	141	130,53

JANECARLIA GOMES DA SILVEIRA SOUSA
R. ANTONIO LOPES 405 435 CENTRO
CPF: 00080075630320
CEP: 64.585-000 - SIMÕES

ROT: 175.748.11.03.256000

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	8467	Atual:	14/06/2019
Anterior:	8326	Anterior:	16/05/2019
Constante de Multiplicação:		Próxima Leitura:	16/07/2019
Consumo Medido:	141	Emissão:	13/06/2019
Consumo Faturado:	141	Apresentação:	14/06/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	
		Dias de Consumo:	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1565344		1.1.1.1	129

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
MAR/19 132	CONSUMO 141 A R\$ 0,863722 = 121,78
ABR/19 152	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 8,75
MAR/19 127	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,72
FEV/19 113	
JAN/19 193	
DEZ/18 73	
NOV/18 96	
OUT/18 191	
SET/18 133	
AGO/18 115	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 141 - R\$ 0,863722

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 13/06/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 9CAC A127 F02F PCPE 9850 B6CF 9008 7825

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	25,60	Base de Cálculo:	121,78 94,99
Energia:	49,45	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	8,36	Valor do ICMS:	26,79
Encargos:	4,09	Valor do PIS:	1,33
Tributos:	34,28	Valor do COFINS:	6,49%
			6,16

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	DIC			FIC			DMIC		DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal		Mensal
Límite	6,47	12,95	25,89	3,49	6,98	13,95	3,80		
Realizado	0,00			0,00			0,00		
Consumo	MANDACARU						Paralisação de	04/2019	53,46

ROT: 175.748.11.03.256000

83610000001 4 30530017000 1 000000000278 2 75980619008 9



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
21 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-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



POLEGAR DIREITO



ASSINATURA DO TITULAR

Janecária Gomes da Silveira Sousa

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.469.357 DATA DE EXPEDIÇÃO 27/04/07

NOME JANECÁRLIA GOMES DA SILVEIRA SOUSA

FILIAÇÃO

SABEL MARIA GOMES DA SILVEIRA
RAIMUNDO MARQUES DA SILVEIRA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
SIMÕES-PI 18/01/1973

DOC. ORIGEM

CERT. CASAM. 6112 L B18 F 154V
EXP. ARARIPINA PE 26/09/96

CPF TERESINA - PI

800.756.303

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Handwritten signature: Gomes de Moraes

Handwritten text: Pto Criminal

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

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

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Paula Henrique de Sousa Carvalho Junior,

RG nº 2.928.980, data de expedição 03/08/15, Órgão SSP/PI,

CPF nº 013.071.583-23, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA ANTONIO LOPEZ</u>
Número	<u>405</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>SIMÕES-PI</u>
Estado	<u>PIAUI</u>
CEP	<u>64.585-000</u>
Telefone de Contato	<u>89-999881973</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SIMÕES-PI 15/07/2015

Assinatura do Declarante: Paula Henrique de Sousa Carvalho Junior



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: DOMINGOS FRANCISCO GOMES

Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão: AGRICULTOR

Identidade: GO.292.873-6-SSP/SP CPF: 316.621.928-51

Endereço: LOJAS DA MARACUJA Bairro: B-RUA 1

Cidade: SIMÕES-PINÍ CEP: 64.585-000

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Nome: PAULO RONDINHE DE SOUSA PARANHOS

Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: CASADO

Profissão: MILITAR

Identidade: 1010896-93 CPF: 351.124.763-2

Endereço: RUA ANTONIO LOPES 405 Bairro: CENTRO

Cidade: SIMÕES-PINÍ CEP: 64.585-000



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, **DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES (DAMS) e de INVALIDEZ PERMANENTE**, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para enviar e assinar todos os formulários de, aviso de sinistro, protocolo de recepção de documentos, etc. referente ao meu seguro DPVAT de acidente em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, DOMINGOS FRANCISCO GOMES.

Data do acidente: 19 / 05 / 2019

Local: SIMÕES UF: PI, Data: 01 de 07 de 2019

DOMINGOS FRANCISCO GOMES

Assinatura do Outorgante

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho da Resende, 465 Loja C
Centro CEP: 64.002-470
Teresina-PI

CARTÓRIO DE OFÍCIO ÚNICO DE SIMÕES
LUCIANA CARVALHO DE MORAES - TABELA
CPF: 30.944.889-07-4 - ONS: 07.916.7
RUA JOSEDO BARTOLOMEU DE CARVALHO, CENTRO - NOVA SIMÕES - PIAUÍ TEL. (86) 3331-1111
RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE DOMINGOS FRANCISCO GOMES, EM
DA VERDADE DOU FE. SIMÕES, 01/07/2019 10:45:25

Cartório de Ofício Único de Simões, PI
3331-1111-74

Bel. Luciana Carvalho de Moraes Marinho Arêa Leão
Tabelião Interina

Bel. Antônio Hugo Fernandes Júnior
Tabelião Substituto

Bel. Wilfred Gomes de Lima
Tabelião Substituto

R. Jesus Bartolomeu de Carvalho, 123-Térreo, Centro

FRED GOMES DE LIMA - ESCRIVENTE
R\$ 2,95 + R\$ 0,77 MP + R\$ 0,10 Selos: R\$ 0,26 Total: R\$ 4,08



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0287823/19

Vítima: DOMINGOS FRANCISCO GOMES

CPF: 316.621.928-51

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/05/2019

Titular do CPF: DOMINGOS FRANCISCO GOMES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

PAULO HENRIQUE DE SOUSA CARVALHO : 351.124.763-20

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

DOMINGOS FRANCISCO GOMES : 316.621.928-51

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: 21/08/2019
Nome: PAULO HENRIQUE DE SOUSA CARVALHO
CPF: 351.124.763-20

PAULO HENRIQUE DE SOUSA CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa