

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

Rio de Janeiro, 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

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

Rio de Janeiro, 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, retorno 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



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

Rio de Janeiro, 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:
	316.621.928-51	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:	8 - Endereço:	10 - Complemento:	9 - Número:	SIN	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	PIAUÍ 64585-000	
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): 89-999881975			

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:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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 na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quântica 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.

21 AGO 2019
RUA COELHO DA SERRA, 1000 - CENTRO - NOME: JOSÉ GONÇALVES DA SILVA - FONE: 84-999881975
ESTADUAIS DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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
Impressão
digital da
víma 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: JOSÉ GONÇALVES DA SILVA / JOSÉ GONÇALVES
CPF: 800.756.303-20
fone: 999881975

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: PAULO HENRIQUE DA SILVA / PAULO HENRIQUE
CPF: 913.071.583-23
fone: 999881975

Assinatura da testemunha

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

xdominosfrancisco

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Paulo Henrique da Silva Junior

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: [REDACTED]

TRANSFERENCIA IMEDIATA

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

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

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: [REDACTED]

TRANSFERENCIA IMEDIATA

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

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





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

535729

Data/Hora

19/05/2019 - 12:30

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: DOMINGOS FRANCISCO GOMES

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 02928736 SSP SP

Mãe: FRANCISCA MARIA DE JESUS GOMES

Pai: FRANCISCO OTACILIO GOMES

Endereço: SITIO SERRA DO MARACUJÁ, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: SIMÕES - CEP: 64585-000

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

21 AGO 2019

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA, CG 125 FAN KS

2010 KKS2850 9C2JC4110AR626736

00212336770

Preta

Condutor: DOMINGOS FRANCISCO GOMES

End: SERRA DO MARACUJÁ Número: Complemento:

Cidade: SIMÕES UF: PI Bairro:

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 Araripina/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 encorrido para a cidade de Simões, onde foi atendido no hospital municipal Zeca 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 nosocomio de Simões, bem como documentação do hospital Justino Luz de Picos/PI.

domingos francisco gomes
DOMINGOS FRANCISCO GOMES - Noticiante
Responsável pela Informação

Cleidenilson José De Carvalho - Mat. 227218X
AGENTE DE POLÍCIA
AT 227.218-X



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA ANTONOR NEIVA,
BOMBA, PÍCOS/PI - 64601-391
HOSPITAL REGIONAL CNPJ: 06.553.564/0102-81
JUSTINO LUZ (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

SUS

Senha 107

DOMINGOS FRANCISCO GOMES

Nasc.: 27/07/1981 Idade: 37 ANOS, 9 MESES, 23 DIAS Profissão: LAVRADOR
End.: SERRA DO MARACUJA, 0 - Bairro: ZONA RURAL
IBGE: 2210706 Cor: PARDA Mãe: FRANCISCA MARIA DE JESUS GOMES Cidade: SIMOES/PI
Telefone: () - Celular: (89) 9944-81593 Pai: FRANCISCO OTACILIO GOMES

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

Civil: CASADO(A)

CEP: 64585-001

Clinica: **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

Sem

Vermelho - Emergência Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - Não Urgente 223505

Queixa principal: DOR NO BRACO E ESCORIACAO

Plano de atendimento: paciente com dor no braço esquerdo e escoriação na mão direita. Sintoma surgiu 10 dias após acidente de motocicleta. Lesão.

Exame clínico/físico:

Dor x escoriação

Envenenamento + regular em óxido.

Diagnóstico provável:

NOTIFICAR?

Fr clavícula D.

sem el + m.

Ca. Intervençao n/ frq. cingar

Procedimentos/exames realizados:

Dr. Carlos Edimilson Holanda
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI: 5714 CRM-MA: 9618
Ass. Técnico

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 Ruth Rodrigues de Araújo Rocha

Alvaro Francisco 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

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.810.348/0001-89 | Inscrição Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Impostos autorizado pela SEFAZ 06/16

CONTA-MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	11/06/2019	30	7,79

MARIA DO CARMO DIAS RODRIGUES
LC SERRA DO MARACUJA S/N B-RURAL
CPF: 00003884758381
CEP: 64.585-000 - SÍNOES

ROT: 167.748.03.80.149000

DATA DA LEITURA	DATA DA LEITURA				
Atual: 107	Atual: 04/06/2019				
Anterior: 107	Anterior: 03/05/2019				
Conteúdo da Multiplicação:	Próxima Leitura: 04/07/2019				
Consumo Médio: 0	Emissão: 03/06/2019				
Consumo Faturado: 30 FCAM	Apresentação: 04/06/2019				
Faixa de Faturamento: MINIMO	Código de Irriguidade: 32				
CLASSIFICAÇÃO	Ligado	Número Medidor	Posto	Código Faz.	Média 12 meses
RESID.BX.REMDA	MONO	A1088681	1.4.1.1	0	
HISTÓRICO LIVRE					
		DESCRÍPCAO DA CONTA			
Maior valor consumo		CONSUMO	30 A R\$ 0,226842 =	6,88	
MAI/19	0	DIFERENCA DE TARIFA		12,64	
ABR/19	0	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA		11,65-	
MAR/19	0	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,08		
FEV/19	0				
JAN/19	0				
DEZ/18	0				
NOV/18	0				
OUT/18	0				
SET/18	0				
AGO/18	0				
TARIFA SEM TRIBUTOS:					
R\$ 0,38 - 0,226842					

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão ou fornecimento de energia elétrica a partir de 19/06/2019, se não efetuar o pagamento das faturas. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informações sobre a sua fatura constante na fatura de 06/2019, no valor de R\$ 17,04 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.
05/2019	7,69	

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

Visite o site da Cepisa para mais informações sobre o seu consumo: www.cepisa.com.br

RESERVADO AO FISCO 50BF.4228.456A.90F0.2DF6.EAE8.7C5D.E748
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Distribuição:	5,25	Base de Cálculo:	19,44
Energia:	10,12	Alíquota ICMS:	
Transporte:	1,71	Valor do ICMS:	
Encargos:	0,83	Valor do PIS:	1,40%
Impostos:	1,53	Valor do COFINS:	6,49%

IMPÓSTOS E TRIBUTOS - R\$

1,40% 0,27 1,26

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	05	06	07	08	09	10
Média	6,47	12,95	25,89	3,49	6,98	13,95
Realizada	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Corporativo: NANOACARU. Data de Faturamento: 04/06/2019. Total: 3,43

ROT: 167.748.03.80.149000

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





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: 0800 08 8888

Fatura Mensal

MATRÍCULA		Hidrômetro		Referência																																
175997-6		408E083003		JUN/2019																																
Nome/Razão Social/Endereço PAULO HENRIQUE S CARVALHO RUA ANTONIO LOPES, 405 CENTRO SINOES 64585000																																				
AC = 73																																				
Situação Água/Agosto 3/1		Categorias de Uso Com. Ind. Púb.		Inscrição 107 1 03 0113 0233-000																																
Período de Consumo		Dias Consumo																																		
11/05/2019		18/06/2019		29																																
Histórico de Consumo <table border="1"> <tr> <th>Mês/Ano</th> <th>Leitura</th> <th>Consumo</th> <th>Quintal</th> </tr> <tr> <td>11/18</td> <td>929</td> <td>7</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>01/19</td> <td>944</td> <td>15</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>01/19</td> <td>960</td> <td>16</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>01/19</td> <td>966</td> <td>6</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>01/19</td> <td>972</td> <td>6</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>01/19</td> <td>978</td> <td>6</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>01/19</td> <td>982</td> <td>4</td> <td>0</td> </tr> </table>					Mês/Ano	Leitura	Consumo	Quintal	11/18	929	7	0	01/19	944	15	0	01/19	960	16	0	01/19	966	6	0	01/19	972	6	0	01/19	978	6	0	01/19	982	4	0
Mês/Ano	Leitura	Consumo	Quintal																																	
11/18	929	7	0																																	
01/19	944	15	0																																	
01/19	960	16	0																																	
01/19	966	6	0																																	
01/19	972	6	0																																	
01/19	978	6	0																																	
01/19	982	4	0																																	
Forma de Faturamento: FATURADO P/ MÍNIMO DA L (GACAJ) <table border="1"> <tr> <td>Cód. Responsável 011759976</td> <td>Código da Tarifa 61</td> </tr> <tr> <td>Consumo Médio 9</td> <td>Consumo P/ Água Consumo P/ Esgoto</td> </tr> <tr> <td>Consumo 4</td> <td>Consumo Retardo 10</td> </tr> </table>					Cód. Responsável 011759976	Código da Tarifa 61	Consumo Médio 9	Consumo P/ Água Consumo P/ Esgoto	Consumo 4	Consumo Retardo 10																										
Cód. Responsável 011759976	Código da Tarifa 61																																			
Consumo Médio 9	Consumo P/ Água Consumo P/ Esgoto																																			
Consumo 4	Consumo Retardo 10																																			
DESCRIÇÃO DA FATURA <table border="1"> <tr> <td>Cód. DA</td> <td>Nome do Serviço</td> <td>Valor (R\$)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>MANUTENÇÃO HIDROMETRO</td> <td>28,32</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>1,60</td> </tr> </table>					Cód. DA	Nome do Serviço	Valor (R\$)		MANUTENÇÃO HIDROMETRO	28,32			1,60																							
Cód. DA	Nome do Serviço	Valor (R\$)																																		
	MANUTENÇÃO HIDROMETRO	28,32																																		
		1,60																																		

VENCIMENTO 24/06/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 30,32
 PREQUE ATE O VENCIMENTO, EVITE COBRANÇA DE MULTA/JUROS. NO MÍNIMO DE 10 DÍAS APÓS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PORT. 2314/2013 MS							
Parâmetros	Turbidez	Cor	Cloro	PH	Ferro	Cal/Total	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	6,0 a 8,5	0,3	Acima	Acima
NP Mínimo de Amostras Exigidas							
NP Amostras Realizadas							
NP Amostra que Atende Legislação	3,80	1,67	7,40	0,00	0,00		
Valor Médio							
RESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA, JÁVE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.							
Conclusão							
AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE A VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR. FADE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA, ESGOTO COLETADO PELA AGESPISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL.							

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

AGESPISA		Inscrição 107 1 03 0113 0289-000		AC = 73
Águas e Esgotos do Piauí S/A Atendimento ao Consumidor 0800 08 8888		Matrícula 1175997-6		Referência JUN/2019
VENIMENTO 24/06/2019		TOTAL A PAGAR (R\$) 30,32		

82690000000-9 30320001321-4 17599768620-7 110000000001-7



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 Paulo Henrique de Souza Paes Leme inscrito (a) no CPF 151.624.763-1212 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Domingos Francílio Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 316.621.928-151, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Domingos Francílio Gomes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 316.621.928-151, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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



Endereço	Número	Complemento
<u>Rua Antônio Lopes</u>	<u>405</u>	
Bairro	Estado	CEP
<u>CENTRO</u>	<u>RJ</u>	<u>26.585-000</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>Paulo.hf3@hotmail.com</u>		<u>82 999801973</u>

5/06/19 de 15 de JULHO de 2019
Local e Data

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

SIMÕES

8 - DATA DE NASCIMENTO

27/07/1981

9 - SEXO

Masc

Fem

2

5 - N° DO PRONTUÁRIO

412072

03

11 - TELEFONE DE CONTATO

(89) 9944-81593

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2210706

15 - UF

PI

16 - CEP

64585-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

fx clorase (D)

*HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
Maria Rita Rodrigues de Araújo Rocha*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Ansia

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fx clorase (D)

21 - CID PRINCIPAL

5420

22 - CID SECUNDÁRIO

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465/1986 C.

Centro - Norte CEP: 64585-000

Teresina - PI

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Coluna

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408 01 01 5 - 0

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

0005700 2610

Coluna

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CNS CPF

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASS. E CARIMBO (N° DO CRM)

CRM-PI 5270 Coluna

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

9619

38 - SÉRIE

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

ACIDENTE TRAB. TÍPICO

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 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP

M220800001

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CNS CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Assinatura paciente/Responsável

Ortão Francisco Gomes



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 Fam. 2

6 - N° 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
SIMÕES

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2210706

15 - UF
PI

16 - CEP
64585-000

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
Maria Rita Boaventura de Araújo Rocha

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDÁRIO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

040801015-0

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS (x) CPF

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASS. E CARIMBO (N° DO CRM)

Dr. Carlos Eduardo de Britto
Ortopedista e Traumatologista
CRM-MA: 95102

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE - SÉRIE

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

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP

M220600001

45 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

46 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Assinatura paciente/Responsável

Wilton Tacilio 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	CONVÉNIO SUS	DATA 19/05/2019		HORA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	FRACTURA DO CLAVÍCULA DIREITA			

DESCRIPÇÃO DA CIRURGIA	OSTEOSÍNOSIS DA CLAVÍCULA DIREITA		
DATA	INÍCIO DA CIRURGIA	FIM DA CIRURGIA	
CIRURGIA PROPOSTA	CIRURGIA REALIZADA		
TIPO DE CIRURGIA: ELETIVA	REITERNAÇÃO		
<input type="checkbox"/> LIMPA	<input type="checkbox"/> POTENCIALMENTE CONTAMINADA	<input type="checkbox"/> CONTAMINADA	<input type="checkbox"/> INFECTADA

DESCRIPÇÃO DA TÉCNICA/ACHADO CIRURGICO	<p>1. Osteosíntese, extirpação da clavícula e fixação com fio de Kirschner 2.0 mm.</p> <p>2. Fixação com imobilizante.</p> <p>3. Fixação por placa e fixação de contorno. Realizou-se aferes com fio de Kirschner 2.0 mm.</p> <p>4. Sutura das peles e ferida fechada.</p> <p>5. Fim da cirurgia.</p>		
--	---	--	--

INTERCORRÊNCIAS	DEPARTAMENTOS DE SÍNTESES DPVAT	1700
	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
	21 AGO 2019	HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ Maria Paula Bocanellas de Araújo Rocha
	GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470	

ANTIBIOTERAPIA	<input type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	ANATOMIA PATHOLOGICA	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
QUAIS:	Nº DE PEÇAS:			LOCALIZAÇÃO:	

MATERIAIS ESPECIAIS	<input type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> SÍNTESE/TIPO:	<input type="checkbox"/> ÓRTESE/TIPO:
---------------------	------------------------------	---	--	---------------------------------------

MEDICAMENTOS UTILIZADOS				
-------------------------	--	--	--	--

TIPO DE ANESTESIA	ANESTÉSICO	DURAÇÃO	
ANESTESISTA			
CIRURGIA	CREMEB 1.300	ASSINATURA	
1º CIRURGÃO AUXILIAR	CREMEB	ASSINATURA	

Atendimento	I060702
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, N° 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
Responsável: ADAO OTACILIO GOMES - (89) 9944-81593 - IRMAO
Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO
Diagnóstico 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"/>	
<input type="checkbox"/>	Piorado	<input type="checkbox"/>	Indisciplina	<input type="checkbox"/>	
Transferido					

História Clínica

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

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

Diagnóstico Provável

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
Nena Ruth Pacheco de Araújo Racha

CARLOS EDUARDO BENVINDO ROSAL DA FONSECA

Evolução Clínica

Atendimento
IQ60702

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

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



SIGERTEIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME: ID: Rx clínica (S)	AL.A	APTO	LEITO	R. MET.	
				HORÁRIO DE MEDICAÇÃO	REFLATORIO DE ENFERMAGEM
DATA: 19/05/19 DIETA GERAL					
2. Scalp Salinizado					
3. RANTIDINA 25 MG/ML 01 AMP + AD IV, 8/8H	13	02			
4. DIPIRONA 1 G + AD EV 6/6 h SOS					
5. THIATIL 20 MG EV 12/12 h					
6. TRAMADOL 100 mg - SF 0,9% 100 ML EV 8/8 SOS	18	06			
7. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA	03				
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					



SECRETARIA
ESTADUAL
SAÚDE DO PIAUÍ

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
21 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Creiho da Resende, 485 Log C
Centro - Piauí CEP: 64000-002-470
Teresina-PI

NOME HD:	PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO DE MEDICAÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
	ALA	APTO			
DATA: 19/05/19					
1. DIETA GERAL					
2. Scalp Salinizado					
3. RANITIDINA 25 MG/ML- 01 AMP + AD, IV, 8/8H					
4. DIPIRONA 1G + AD 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 RESPIRATÓRIA					
8.					
9.					
10.					
11.					
8.					
9.					
10.					

Saúde 02



SECRETARIA
ESTADUAL DE
SAÚDE DO PIAUÍ

SESAPI

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUIZ
Maria Ruth Ribeiro de Andrade Rocha

LEIA E ASSINE
ESTADO DO PIAUÍ
FOLHA DE NOUVEAU

NOME: Domingos Ferreira Gomes HD: F. Domingos Gomes	ALA C/15	APTO	LEITO 83	R. MET.	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
					HORÁRIO DE MEDICAÇÃO	
<p>PRESCRIÇÃO MÉDICA</p> <p>DATA: 19/08/19</p> <p>1. DITTA GERAL</p> <p>2. Scalp Salinizado</p> <p>3. RANITIDINA 25 MG/ML - 01 AMP + AD, IV, 8/811</p> <p>4. DIPIRONA 1 G + AD EV 6/6 h SOS</p> <p>5. ULETIL 20 MG EV 12/12 h</p> <p>6. TRAMADOL, 100 mg + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 SOS</p> <p>7. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA</p> <p>8.</p> <p>9.</p> <p>10.</p> <p>11.</p> <p>8.</p> <p>9.</p> <p>10.</p> <p>11.</p> <p>8.</p> <p>9.</p> <p>10.</p>						
<p>ANEXO 16: SE: Paciente admitido para submeter-se a tratamento em clínica. Redutor de classificação. - Brandão Domingos Gomes</p> <p>ANEXO 17: SE: Paciente admitido para submeter-se a tratamento em clínica. Redutor de classificação. - Brandão Domingos Gomes</p> <p>ANEXO 18: SE: Paciente admitido para submeter-se a tratamento em clínica. Redutor de classificação. - Brandão Domingos Gomes</p>						
<p>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p> <p>21 AGO 2019</p> <p>GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI</p> <p>Ortopedia e Ortopedia Bemposta CPM-01 5218 / Cep 64068-9 Camaçari-BA 45616</p>						

SECRETARIA
ESTADUAL
SAÚDE
SESAPI

DEPARTAMENTOS DE SANEAMENTO
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

NAME	ALAC	APTO	LEITO	R. MET.
H.D.	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO			OBSERVAÇÕES
DATA 21/05/2019				
1. DIETA ORAL LIVRE				
2. JELCO SALINIZADO				
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110 MMHG				
4. DIPIRONA 01G + ADEV 6/6 h S/N				
5. ONDANSETRONA 8MG - ADEV 8/8, S/N				
6. TRAMADOL 100 mg - SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h, S/N				
7. CCGG-SSV				
8. TILATIL 40MG, EV, 12/12H				
<i>Gustavo Félix</i>				
<i>Condução e Traumatologia</i>				
<i>Av. Presidente Dutra, 1000 - Centro - 64000-000 - Teresina - PI</i>				
<i>Horário: 10:30h - 2019</i>				
<i>Assinatura: Dr. Gilmar F. P. P. - CRM-PI 12663</i>				

Gustavo Félix
Condução e Traumatologia
Av. Presidente Dutra, 1000 - Centro - 64000-000 - Teresina - PI
Horário: 10:30h - 2019
Assinatura: Dr. Gilmar F. P. P. - CRM-PI 12663



SESAPI

**SECRETARIO
ESTADUAL DE
SAUDE DO PIAUÍ**
EMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
UDO NÃO VERIFICADO

1 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP 04.012-470
São Paulo-SP

四百一

264

HOSPITAL REGIONAL DE LA RIOJA



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO
PARAÍBA
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPIVAT
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

21 AGO 2019

240

NAME: Thommy Fratello
HD: 11

ALAC	12	APTO	LEITO	25	R. MET.
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM					

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

201

DATA

23 / 05 / 2019

PRESCRIÇÃO MÉDICA

111

22-95 3 die de wijnberg lag

3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PASS>180 OU PAD>100 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% 100ML EV 8/8 h S/N
7. TILA-TIL 40MG + AD EV 12/12H S/N
8. SSVW+CCGG

Performance with various
nick. size. Dr. 620 x 80, sc. 620
f. 37.1°. p. 16.3% Ad. 620 x
620 x 80. Our results. 2000 ft.
f. 22.1% sc. 620
f. 20 x 30 -

卷之三



5 ESDAP

SIC RETALIA
ESTIBELI DA
SAUET DO PIAU

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

100 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Av. Caetano de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Tereza, PI

NOME:	DATA:	ALAC:	ALTO:	LEITO:	R. MET.
<i>Flávia</i>	24/05/2019	18	93		
				RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
				HORÁRIO DE MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
1. DIETA LIVRE					
2. JELCO SALINIZADO					
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PASS>180 OU PAD>100MMHG		SN			
4. DIPIRONA 61G - AD EV 6/6h S/N		SN	24		
5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8 S/N		SN			
6. TRAMADOL 100 MG + SF 0.9% 100ML EV 8/8h S/N		SN			
7. TILATIL 40MG + AD EV 12/12H S/N		SN			
8. SSVN+CCGG					
<i>Flávia Alves</i> Enfermeira Júniora Oncologia CNPJ: 42.550.700/0001-42					
<i>Flávia Alves</i> Enfermeira Júniora Oncologia CNPJ: 42.550.700/0001-42					

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ

21 AGO 2019

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

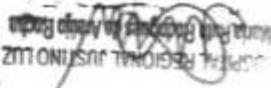


NOME: *Monteiro Ferreira Gomes*
HD: *Paulo Cláudio*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALAB 9	APTO	13	LETO 48	83	R. MET.
HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
		OBSERVAÇÕES			
1. DIETA ORAL					
2. JELCO SALINIZADO					
3. OMEPRAZOL 40 MG VO AS 04					
4. DIPIRONA 1G + AD EV 6/6H SN					
5. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 ML EV 8/8H SOS					
6. CAPTOPRIL 25 MG- 01 COMP., VO DE 8/8H SE PAS> 160MMHG E OU PAD> 110 MMHG					
7. ONDASENTRONA 8 MG EV 8/8H SOS					
8. TILATIL 20 MG+ AD, EV, 12/12 H					
9. SSVV+ CCGG					

Monteiro Ferreira Gomes



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua General da Resende, 455 Loja C
Centro - Teresina - CEP: 64.002-470
Teresina - PI



SESAPI

SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

GENTE SEGURODORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP 640.000-470
Teresina - PI

100

264

NOME: DOMINGOS FRANCISCO GOMES	ALAC	ENF 18	LEITO 83	R. MET.		
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			OBSERVAÇÕES			
HORÁRIO DE MEDICAÇÃO						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA: 24/05/2019						
1. DIETA ORAL LIVRE						
2. JELCO HIDROLISADO						
3. OMÉPRAZOL 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 8/8 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						
<i>Dr. Antônio José Góes Filho Ortopedia e Traumatologia CAMP/UFSC 45/04-1100</i>						



S E C R E T A R I A
E S T A D U M
S A U Í D U O P I A U Í

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 LULU

HD:

NOME: João Batista

ALAC	APTO	LEITO	R. MET.
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			

HORÁRIO DE MEDICAÇÃO

OBSESSOES

- DATA: 30 /05/2019
- DIETA LIVRE
 - ELCO SALINIZADO
 - CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180 OU PAD>100 MMHG
 - DIPIRONA 01G + ADEV 6/6h SN
 - ONDANSETRONA 8MG - ADEV 8/8 SN
 - TRAMADOL 100 MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8 h SN
 - TRILATIL 40MG + ADEV 12/12H SN
 - OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHA
 - SSVV + CCGG

20:00 18/05/2019

20:00

Revisado: 18/05/2019

Assinatura: PFM

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

ALAC 18	APTO 83	LEITO	R. MET.		
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		OBSERVAÇÕES			
HORÁRIO DE MEDICAÇÃO					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA: 31/08/2019					
1. DIETA LIVRE					
2. JELCO SALINIZADO					
3. DIPIRONA 1G + AD. IV 6/6 HORAS S/N					
4- CAPTOPRIL 25 MG- 01 COMP VO 8/1H SEPARAS 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					
<i>Dr. Gomides de Almeida Ribeiro</i>					
<i>DR. GOMIDES DE ALMEIDA RIBEIRO</i>					

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA PERIOPERATÓRIAUsuário: Denise F Góes Prontuário: _____

D.N. _____ Sexo: M F: _____

Procedimento Cirúrgico: Intec. Clavícula Data Cirurgia: 30/05/19**Antes da indução anestésica**

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

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

 Sim

O local está demarcado?

 Sim Não aplicável

Foi concluída a verificação do equipamento de anestesiologia 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 anestesiologista e o cirurgião)

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

GENTE SEGURA

Rua Ciclone de Resende, 1000 - Centro

CEP: 64600-000 - Picos - PI

 Confirmar que todos os membros da equipe de enfermagem, anestesiologista e cirurgião apresentaram, indicando seu nome e sua função

e a função de cada membro da equipe de enfermagem, anestesiologista e cirurgião

e a função de cada membro da equipe de enfermagem, anestesiologista e cirurgião

 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 anestesiologista:** 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 O nome do procedimento A concussão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas Identificação das amostras (ler as identificações das amostras em voz alta, inclusive o nome do paciente) Se há qualquer problema com os equipamentos, a serem resolvidos**Para o Cirurgião, o Anestesiologista e Equipe de Enfermagem:** Quais são as principais preocupações para a recuperação e trabalho deste paciente?Flávio

assinatura-COREN

REGISTRO DE ENFERMAGEM
NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

CIRUJANTE

SALA N°

ENTRADA NA FOCO

INÍCIO DA ANESTESIA 12:00

INÍCIO DA CIRURGIA

SAÍDA DA FOCO

TERM ÑO DA ANESTESIA

TÉRMINO DA CIRURGIA

CIRURGIA PROPOSTA

Intervenção de clivagem direta

CIRURGIA REALIZADA

Intervenção de clivagem direta

CIRURGIA DE REFERÊNCIA

Anestesiologista Dr. Eduardo

INSTRUMENTADOR

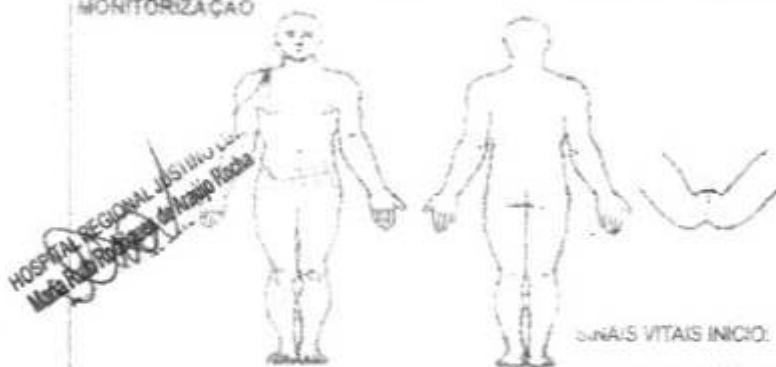
ASISTENTES

CRM

2º

CRM

MONITORIZAÇÃO



SINAIS VITais INÍCIO PA 100/60

SÍMBOLOS

- PLACA DE BISTURI
- DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
- ELÉTRODOS DPVAT
- CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
- INCISÃO CIRÚRGICA
- 21 AGO 2019
- OXIMETRIA DE PULSO
- GENTE SEGURADORA S.A.
- Rua Coelho de Resende, 465 Lote C
- Centro-Norte CEP: 64.002-470
- Teresina-PI
- PAMI

SINAIS VITais TÉRMINO PA 100/60

SATO

SATO

77

FC

TIPO DE ANESTESIA

- BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL
COM AGULHA STIMU PLEX
- BLOQUEIO PARA CERVICAL JELOCO N° 20
- BLOQUEIO PERIBULBAR
- GERAL + INHALATIVA
- GERAL INHALATIVA
- GERAL INHALATIVA

- GERAL VENOSA
- GERAL
- LOCAL
- PERIODAL
- COM CATETER
- SEDACAO
- SEDACAO + LOCAL
- TOPICA

BLOQUEIO CERVICAL

COM CUFF

MASCARA FARINGEA

SEM CUFF

DUTRAS

POSIÇÃO INTRA-OPERATÓRIA

TUM

LATERAL ESQUERDO

SENTADA

TRENDELEMBURG

TUM

LATERAL DIREITO

SEMITORNA

PREPARO DA PELE

TUM

PCL, ALCOHOLICHEXIDA

DVIN TOPICO

TUM

LICRO-REXINA ALCOOLICO

TUM

EQUIRE ENFERMAGEM

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CATETERISMO VESICAL

TRICOTOMIA

PASSAGEM SNG

ASPIRAÇÃO

CLOACEMAGIPLA

mgo

FUNÇÃO VENOSA

MSD

OUTROS

CLOACEMAGIPLA

mgo

MSE

CLOACEMAGIPLA

mgo

COLETOUR

URSTOP

AP BARBEAR

UND

END. N°

UND

CLOACEMAGIPLA

mgo

LANCETA

UND

SONDA DE ASPIRAÇÃO N°

UND

JELCO N°

CLOACEMAGIPLA

mgo

COXA

GARROTE PNEUMATICO

UND

NÃO SE APLICA

CLOACEMAGIPLA

mgo

ANTEBRACIO

COXA

PANTURRILHA

CLOACEMAGIPLA

mgo

TERMINO

SERVIÇOS SOLICITADOS

ANATOMIA PATOLOGICA

NÃO

ANATOMIA PATOLOGICA

SIM

ANATOMIA PATOLOGICA

NÃO

LOCAL

Nº DE FRASCOS

INTENSIFICADOR DE IMAGEM

NÃO SE APLICA

OUTROS

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

FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE

Dominguo Filho Gomes

DATA
20/08/99

PRONTUÁRIO

LEITO

PROCEDIMENTO

MATERIAL DE CONSUMO

QUANT.

UND.

TOTAL

SALA

SERINGA 1 ML 3 ML	01			APARELHAGEM
SERINGA 5 ML/10 ML				<input type="checkbox"/>
SERINGA 20 ML				<input type="checkbox"/>
KIT ACESSO CENTRAL				<input type="checkbox"/>
SONDA DE ASPIRAÇÃO				<input type="checkbox"/>
AGULHA 40X12				<input type="checkbox"/>
ALGODÃO	02			<input type="checkbox"/>
ÁGUA DESTILADA				<input type="checkbox"/>
PVPI				<input type="checkbox"/>
SONDA VESICAL				<input type="checkbox"/>
COLETOR DE URINA				<input type="checkbox"/>
ESCOVA COM DEGERMANTE				<input type="checkbox"/>
ATADURA COM CREPOM	03			<input type="checkbox"/>
ATADURA GESSADA	02			<input type="checkbox"/>
ATROPINA				<input type="checkbox"/>
KETALAR				<input type="checkbox"/>
DIMORF				<input type="checkbox"/>
NEOCAÍNA PESADA				<input type="checkbox"/>
LIDOCÁINA				<input type="checkbox"/>
PROFANOL				<input type="checkbox"/>
MIDAZOLAN				<input type="checkbox"/>
DIAZEPAN				<input type="checkbox"/>
TIOPENTAL				<input type="checkbox"/>
EFORTIL				<input type="checkbox"/>
DIPIRONA				<input type="checkbox"/>
CEFAZOLINA	02			<input type="checkbox"/>
FENTANIL	01			<input type="checkbox"/>
FLUMAZENIL				<input type="checkbox"/>
PLASIL				<input type="checkbox"/>
VITAMINA K				<input type="checkbox"/>
VITAMINA A				<input type="checkbox"/>
OCITOCINA				<input type="checkbox"/>
METHERGIN				<input type="checkbox"/>
CAT-GUT SIMPLES				<input type="checkbox"/>
CAT-GUT-CROMADO				<input type="checkbox"/>
FIO DE ALGODÃO				<input type="checkbox"/>
NYLON	00			<input type="checkbox"/>
VYCRIL				<input type="checkbox"/>
PROLENE				<input type="checkbox"/>
CLAMP UMBILICAL				<input type="checkbox"/>
PULSEIRA RN				<input type="checkbox"/>
GAZE				<input type="checkbox"/>
ESPARADRAPO				<input type="checkbox"/>
LÂMINA DE BISTURI				<input type="checkbox"/>
LUVA ESTÉRIL				<input type="checkbox"/>
LUVA DE PROCEDIMENTO				<input type="checkbox"/>
SORO FISIOLÓGICO 0,9%				<input type="checkbox"/>
SORO GLICOSADO 5%				<input type="checkbox"/>
MANITOL				<input type="checkbox"/>
RINGER LACTADO				<input type="checkbox"/>
JELCO				<input type="checkbox"/>
TUBO OROTRAQUEAL				<input type="checkbox"/>
AGULHA STIMUPLEX				<input type="checkbox"/>
AQUIPO				<input type="checkbox"/>
AGULHA DE RAQUE				<input type="checkbox"/>
TNOXICAM				<input type="checkbox"/>

ARCO CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>
BOMBA DE INFUSÃO	<input type="checkbox"/>
ASPIRADOR	<input type="checkbox"/>
AUTOCLAVE	<input type="checkbox"/>
INSTRUMENTAL CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>
ULTRASSON	<input type="checkbox"/>
STIMUPLEX	<input type="checkbox"/>

USO DA SALA

INÍCIO 15:25 TÉRMINO DURAÇÃO

OPERAÇÃO *Colostomia* CIRURGIÃO *Dr. José*
AUXILIAR *Padre* ANESTESISTA *Padre*
TIPO DE ANESTESIA *General* INSTRUMENTADOR *Padre*
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 Ruth *Dr. Antônio Rocha*

MÉDICO:

Dr. Henrique

ENFERMEIRA(O):

Sra. Letícia

TÉC. ENFER.:

Flávia

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

FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE:		Doutor J. G. Francisco Gomes			Nº DE REGISTRO	
DATA	30/08/19	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
EXAMES DE SANGUE	GRUPO SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA	ALTURA
EXAMES DE URINA	ASA IE			DOS. URÉIA		
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATORIO						
SISTEMA RESPIRATORIO				ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA DIGESTIVO				ASMA BRONQUITE		
ESTADO MENTAL				SISTEMA URINÁRIO		
DIAGNOSTICO				CORICOIDES		
PRÉ-OPERATÓRIO				ATARÁXICOS OUTROS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)	midazolam 5mg IV			FÍSICO		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	1	2	3	APLICADO AS	EFEITOS
LÍQUIDOS	SO. UTO	500	400	300	150	TOTAL DE DOSES
	SANGUE	200	100			
	OUTROS					
TEMPERATURA T	C°	260	240	220	200	180
P ARTERIAL	38	2	1			
V						
O PULSO						
INÍCIO E FIM ANESTESIA	X					
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS						
TÉCNICAS						
OPERAÇÕES						
CIRURGIOS						
ANESTESISTAS						
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ Maria Paula Ribeiro de Andrade Rocha						
Tutor - Enfermeira Estrela - Coordenadora CRM-PI 3885						
CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS						
PARTICULARIDADES						

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

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

SEQUÊNCIA

1. cefazolina 2g IV
2. Igecoglan 1000mg IV
3. Noradrenalin
4. Noradrenalin
5. Midazolam 5mg IV
6. Cloridrato 1500mg IV
7. Cloridrato 1500mg IV
8. midazolam 10mg IV
9. midazolam 10mg IV
10. Ferronile 1000mg IV
11. Ferronile 1000mg IV
12. Adm 600mg. NEXA

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

ATENDIMENTO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

NOME DO PACIENTE		Eduardo Gomes	
ALA:	ENFERMARIA:	LEITO:	PRONTUÁRIO Nº:

DATA

DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO

22/03/19	Atendimento nutricional realizado	
23/03/19	Atendimento nutricional realizado	 Roberto Borges Costa NUTRICIONISTA CRN 22259
24/03/19	Atendimento nutricional realizado	 Roberto Borges Costa NUTRICIONISTA CRN 22259
25/03/19	Atendimento nutricional realizado	 Roberto Borges Costa NUTRICIONISTA CRN 22259
26/03/19	Atendimento nutricional realizado	 Roberto Borges Costa NUTRICIONISTA CRN 22259
27/03/19	Atendimento nutricional realizado	 Roberto Borges Costa NUTRICIONISTA CRN 22259
28/03/19	Atendimento nutricional realizado	 Roberto Borges Costa NUTRICIONISTA CRN 22259
29/03/19	Atendimento nutricional realizado	 Roberto Borges Costa NUTRICIONISTA CRN 22259

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

*GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64002-470
Teresina-PI

Informações Gerais

VISÃO GERAL

EVOLUÇÃO

Paciente	DOMINGOS FRANCISCO GOMES - 707604221145796 - 27/07/1981 (37 anos), Simões, Mãe: FRANCISCA MARIA DE JESUS GOMES (pacientes/225732)	Estab. Solicitante	Hospital Municipal Zeca Batista (Simões/PI)
Leito:	Hospital Regional Justino Luz (Picos/PI) (/estabelecimentos/37)	Médico Solicitante	FRANCISCO BATISTA NETO
Class. Risco:	Emergência	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 tem36.5 , pulso 70, fr 18 , pressão arterial 100x60, glicemia 120mg/dl, glasgow 15 . saturando 95% ao ar ambiente
		Observações	

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
Márcia Ribeiro de Oliveira e Aranjo Rocha



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

Atendimento: E0121218



INTERNADO

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, 0 MESES, 24 DIA
Impresso: 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
MIELÓCITOS	00 %	0
METAMIELÓCITOS	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
LINFOCITOS	19 %	0 a 4 % 100 a 400 /mm ³
MONÓCITOS	07 %	20 a 40 % 900 a 4400 /mm ³
LINFOCITOS 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
Maria Ruth Mendes de Freitas Rocha



FEPISERH
Fundação Estadual Piauiense
de Serviços de Saúde



Sistema
Único de
Saúde



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO

AVISO DE ALTA

PACIENTE

Demétrio F. C. Júnior

ENFERMARIA	LEITO	DATA DA ADMISSÃO	DATA DA ALTA
218	83	20.05.19	01.06.19

MÉDICO RESPONSÁVEL PELA ALTA

Dr. Cláudio

ENFERMEIRO

Edilene

OBSERVAÇÃO

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

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
Maria Paula de Oliveira 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 arcoss costais anteriores.

Interlinhas e superfícies articulares: íntegras.

Partes moles sem alterações radiológicas.

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



Dr. Jorge C. Neto
CRM-PI 3556

Radiologia e Diagnóstico por Imagem
MATERIAL: Rua Paul 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, Colarinho Dona Corina - Araripe - PE - CEP: 56.290-000

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

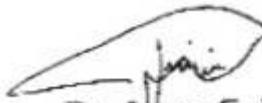
Fratura completa desalinhada e com cavalgamento ósseo do terço médio da clavícula.

Interlinhas e superfícies articulares: íntegras.

Partes moles sem alterações radiológicas.

CONCLUSÃO:

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



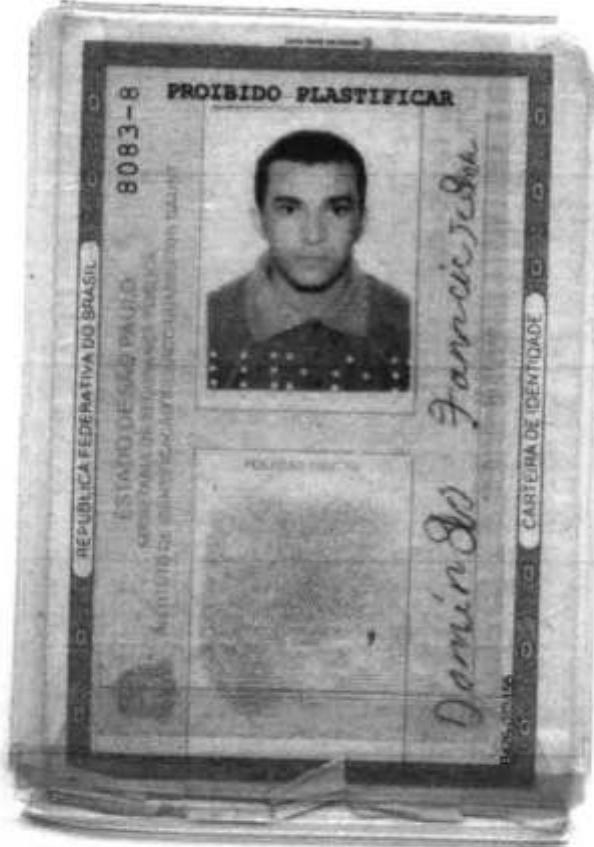
Dr. Jorge C. Neto
CRM-PI 3556

Radiologia e Diagnóstico por Imagem

Av. Presidente Felix Pacheco, 1823 - Centro - Teresina - PI - CEP: 64001-260 - Fone: 86.3226-5100

FILIAL: Rua Antônio Lopes, 514 - Centro - Simões - PI - CEP: 64565-000 - Fone: 86.99927.8361

FILIAL: Rr 316, lotamento Dona Corina - Anapina - PE - CEP: 56.280.000





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

**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 clavicula 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?

[**X**] 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)?

[**X**] 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 ás 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

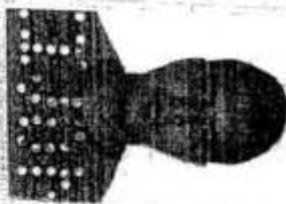
VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



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"



Paul Henrique de Sousa Carvalho Junior
0818083

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2.978.980
DATA DE EXPEDIÇÃO 03/08/13	
NOME PAULO HENRIQUE DE SOUSA CARVALHO JUNIOR	
FILIAÇÃO JANE CÁRLIA 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	CPF 013.071.583-23
EXP. SIMÕES-PI 20/04/2018	
TERESINA-PI	
MARCUS ANTONIO PINHEIRO DE ASSOCIAÇÕES ASSINATURA DO TITULAR e Ident. J. D. Martin	
LEI N° 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO N° 89.250/83	



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

21 AGO 2019

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 Imprensa autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0278759-8

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.

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

JANE CARLIA GOMES DA SILVEIRA SOUSA
R. ANTONIO LOPES 405 435 CENTRO
CPF: 00080075630320

CEP: 64.585-000 - SÍNODOS

ROT: 175.748.11.03.256000

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	8467	Atual:
Anterior:	8326	Anterior:
Constante de Multiplicação:		Próxima Leitura: 16/07/2019
Consumo Médio:	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	Pasta	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1565344		1.1.1.1	129

HISTÓRICO kWh		DESCRIPÇÃO DA CONTA		
Mês/ano consumo		CONSUMO 141 A R\$ 0,863722 = 121,78		
MAI/19	132	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		8,75
ABR/19	152	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	-	0,72
MAR/19	127			
FEV/19	113			
JAN/19	193			
DEZ/18	73			
NOV/18	96			
OUT/18	191			
SET/18	133			
AGO/18	115			
TARIFA SEM TRIBUTOS:		8 A 141 - 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 A122 F02F PCPF 9850 BECF 9008 7875		COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	25,60	Base de Cálculo:	121,78	94,99	
Energia:	49,45	Aliquota ICMS:	22,00%		
Transmissão:	8,36	Valor do ICMS:		26,79	
Encargos:	4,09	Valor do PIS:	1,40%	1,33	
Tributos:	34,28	Valor do COFINS:	6,49%	6,16	
INDICADORES DE CONTINUIDADE					
	DIC		FIC	DMIC	DMCI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Límite	6,47	12,95	25,89	3,49	6,98
Realizado	0,00			0,00	0,00
Crédito	MANDACARU		Prazo de expansão:	04/2019	SUBS: 53,46

ROT: 175.748.11.03.256000

SEU CÓDIGO

0278759-8

TOTAL A PAGAR - R\$

130,53

MÊS FATURADO

06/2019

VENCIMENTO

21/06/2019

Nº da Nota Fiscal 023194954 FCAM

8361000001 4 30530017000 1 00000000278 2 75980619008 9



SEQ.: 00216 UC: 0278759-8 DT.LEIT.: 14/06/2019 T.ENTR.: 03

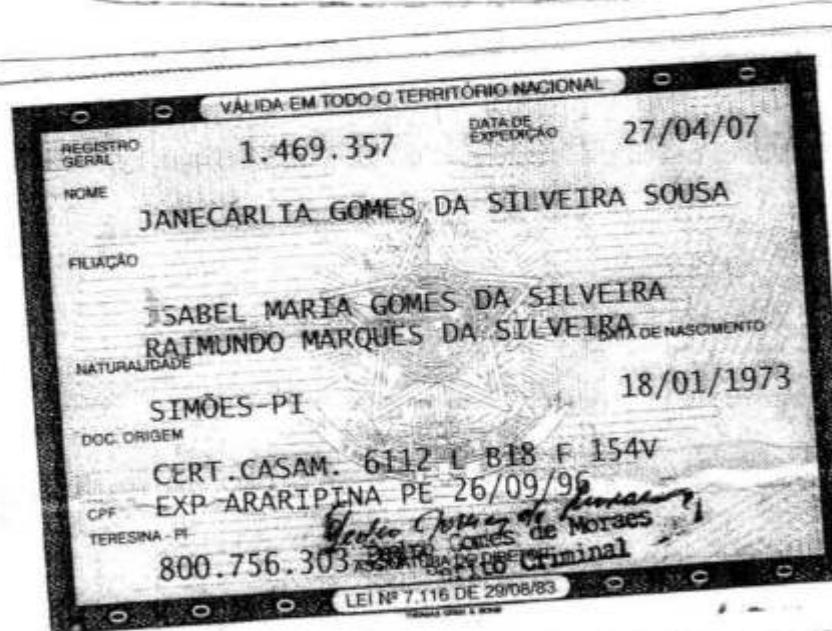
LEITURA: 8467 NORMAL TOTAL: 130,53 CARGA: 001

DT.VENC.: 21/06/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 8012

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 Souza Cavalcante Júnior

RG nº 2.978.980, data de expedição 03/08/15, Órgão SJP/PR,

CPF nº 013.021.583-23, 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 Antônio Lage 5</u>
Número	<u>405</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>SIMÕES - PR</u>
Estado	<u>Piáni</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 - PR 15/07/2015

Assinatura do Declarante: Paula Henrique de Souza Cavalcante Júnior



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Domingos Francisco Gomes

Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão: AGRICULTOR

Identidade: 60.292.873-6 - 552/JP CPF: 316.621.928-51

Endereço: 10 SENSE DEMAQUINA Bairro: B-REUNA

Cidade: SIMÕES-PB CEP: 64.585-000

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Nome: Paulo Francisco de Souza Parreira

Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: casado

Profissão: MILITAR

Identidade: 1010896-93 CPF: 351.124.763-2

Endereço: Rua Antônio Iopei 405 Bairro: Ponta

Cidade: SIMÕES-PB 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 MEDICA 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: 19/10/2019

Local: SIMÕES UF: PB Data: 01 de 07 de 2019

Domingos Francisco Gomes

Assinatura do Outorgante

CARTÓRIO DE OFÍCIO ÚNICO DE SIMÕES
LUCIANA CARVALHO DE MORAES - TABELIÃ
CNPJ: 32.944.550/0017-74 - CNIS: 27.812.7
PUN. JESÉSIO BARTOLOMEU DE CARVALHO, CENTRO - N° 64 SIMÕES - PI. TEL: (86) 32.944.550
CONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE DOMINGOS FRANCISCO GOMES, EM 01/07/2019 10:45:25
EST. DA VERDADE. DOU FE. SIMÕES, 01/07/2019 10:45:25

32.944.553/0001-74

Bel. Luciana Carvalho de Moraes Marinho Área Leão
Bel. Abeliâ Interina
Bel. Antônio Hugo Fernandes Júnior
Bel. Abelião Substituto

Wilfred Gomes de Lima

R. Jesélio Bartolomeu de Carvalho, 123 - Centro

ABQ 88310



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0287823/19

Vítima: DOMINGOS FRANCISCO GOMES

CPF: 316.621.928-51

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/05/2019

Titular do CPF: DOMINGOS FRANCISCO GOMES

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

PAULO HENRIQUE DE SOUSA CARVALHO

Paula Vargens Mendes da Costa