

Browser tabs: Email - A, Controle, Mensagem, Controle, Audiência, Consulta, PJ 0800831, Baixar o, Sistema, (B4) What, +

Address bar: tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=624763&ca=6ab8f7595c969438fa0332532ce15ac8743...

Navigation: Apps, Processo Virtual Na..., (33) WhatsApp, Administrativo, Portal do Advogado, Google, Nova guia, Meu INSS, [bb.com.br], Zimbra: Movimenta..., PJE 1º, Publicações

Page Header: ProceComCiv 0800831-14.2020.8.18.0074
DOMINGOS FRANCISCO GOMES X SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO S...

Document Title: 13847105 - CONTESTAÇÃO (2773295 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 17/12/2020 15:21:47


Date: 17 Dec 2020

Left Panel (Tree View):

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 13847104 - CONTESTAÇÃO
 - 13847105 - CONTESTAÇÃO (2773295 CONTESTACAO 01)
 - 13847106 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 13847107 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 13847109 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS A)
 - 13847110 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

Main Content Area (downloadBinario.seam):

2773295- CJ/ 2020-04552/ INVALIDEZ



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SIMOES/PI

Processo: 08008311420208180074



Número: **0800831-14.2020.8.18.0074**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Simões**

Última distribuição : **27/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DOMINGOS FRANCISCO GOMES (AUTOR)		JOSE KENEY PAES DE ARRUDA FILHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13847106	17/12/2020 15:21	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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

Pag: 00629/00630 - carta_02 - INVALIDEZ

00020315



Carta nº 14753295





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, 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





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

Carta nº 14911626

Pag. 01549/01550 - carta_01 - INVALIDEZ



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: 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: 10 - SERRA DO MARACUJÁ 9 - Número: SIN 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 quantidade das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

RECEBIMENTO DE SINISTROS
OBRIGADO
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 AGO 2019
SEGURADORA S.A.
RUA COELHO NETO, 1000 - JARDIM
CANTAREAS - SÃO PAULO - SP

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 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 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: Janeice da Graça da Silva da Sousa
CPF: 800.756.303-20
Janeice da Graça da Sousa
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Paulo Henrique de Sousa Conselho Junior
CPF: 013.071.583-23
Paulo Henrique de Sousa Conselho Junior
Assinatura da testemunha

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

DOMINGOS FRANCISCO GOMES
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Paulo Henrique de Sousa Conselho Junior
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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, MARCOLANDIA/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
 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.

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 MARACUJA 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 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: 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: AGRICULTOR 8 - Endereço: R. SERRA DO MARACUJA 9 - Número: 511 10 - Complemento:
11 - Bairro: B-RURAL 12 - Cidade: SIMÕES-PI 13 - Estado: PIAUÍ 14 - CEP: 64585-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 89.99881975

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) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4031 2 CONTA: 14.496 7 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 quantidade de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa renúncia prévia à tutela avaliativa médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

REGISTRO DE SINISTROS
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
21 AGO 2019
SEGURADORA S...
RUA COLOMBO...
Nº 100...
C...
M...
P...
P...

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 - 1ª | Nome: Francisco Gomes da Silva Junior
CPF: 800.756.303-20
Francisco Gomes da Silva Junior
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: Paulo Henrique de Sousa Cavalcante Junior
CPF: 1213.021.583-23
Paulo Henrique de Sousa Cavalcante Junior
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SIMÕES-PI 15/02/2019
DOMINGOS FRANCISCO GOMES
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Paulo Henrique de Sousa Cavalcante Junior
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

do Representante Legal (se houver)





HOSPITAL MUNICIPAL
ZUCA BATISTA
Cuidando bem de você.

HOSPITAL MUNICIPAL ZUCA BATISTA

CNPJ: 07.181.338/0001-36

Rua: José Dias, 318, Simões-Piauí

E-mail: hospitalzucabatista@hotmail.com



PACIENTE: Dezanor José Gomes CNS: 901694721145496
 ENDEREÇO: Av. Antônio Manoel de UF: PI DATA DE NASCIMENTO: 21/7/1961
 DATA DE ATENDIMENTO: 19/05/19 HORA: 15:53 FILIAÇÃO: MÃE Lucinete B. Gomes PAI: José Otávio Gomes
 QUEIXA PRINCIPAL: Resaca ALTA MÉDICA: / / HORA: / /

HORA/DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO/MEDICAÇÃO	LEITO:	ENFERMARIA:	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM E MÉDICA
19/05/2019	medicamento de				19-05-19 às 13:5h. Descontar a medicação prescrita e administrar a medicação prescrita. Comunicar a família e desospitalizar o paciente. Comunicar a família sobre o estado. Comunicar a equipe de enfermagem (Rx). O mesmo sobre que tem sua de beber. Alcoolização (biqu) e bio-lia. E prescrição de contagem de plaquetas. 500 mg de GORCEN 100. ACT. 100 mg. SALTOS 100. FC 110 bpm.
19/05/2019	DR. FRANCISCO BATISTA				Maria Lenaura de O. Elias Técnica em Enfermagem COREN-PI 819182
					As 15:53h. Transfere para a unidade de hospitalização. (Ricardo Albuquerque) 20190519 0115080
					Maria Lenaura de O. Elias Técnica em Enfermagem COREN-PI 819182

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DRVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 AGO 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 165 - Loja C
Centro - Teresina - PI
CEP: 64.002-470

DIAGNÓSTICO: _____ MÉDICO PLANTONISTA: _____
 TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE PARA SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE: () SIM () NÃO EM _____ HORA: _____





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
 Funcionario: EDIVANIA Tipo: CONSULTA
 Sexo: MASCULINO
SUS

Senha 107

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: **SIMÕES/PI**
 Telefone: () - Pai: FRANCISCO OTACILIO GOMES
 Celular: (89) 9944-81593

Clinica: **ACOLHIMENTO** Documento: 529765 - ANA FLAVIA CABRAL FEITOSA
 Responsavel: DOMINGOS FRANCISCO GOMES - O MESMO Temp.: °c Peso: Kg P.A.: 109 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

Presente com dor insuportável no MB após acidente de motocicleta há 1 dia.

Exame clínico/físico:
*lesão x em mãos
 Enxoframento + vermelhidão em osso.*

Diagnostico provavel:

*Fx clavícula (D).
 Ser el + m.
 Cs. Interferir al Ho cirurg*

NOTIFICAR?

Medicação:

*Dr Carlos Eduardo Aguiar
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PI: 5173 CRM-MA: 9618*

Procedimentos/exames realizados:

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

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
 Maria Ruth Rodrigues de Araújo Rocha

Domingos 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





Para contato conosco, informe o seu NÚMERO!

SEU CÓDIGO 1151896-0

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 18.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Símbolo E-7
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ/PI/16

Nº da Nota Fiscal 022601032

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.439 de 26 de abril de 2002

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 - SIMÕES

ROT: 167.748.03.80.149000

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	107	Atual:	04/06/2019
Anterior:	107	Anterior:	03/05/2019
Constante de Multiplicação:		Próxima Leitura:	04/07/2019
Consumo Medido:	0	Emissão:	03/06/2019
Consumo Faturado:	30 FCAM	Aprovação:	04/06/2019
Forma de faturamento:	MINIMO	Code de irregularidade:	
		Days de Consumo:	32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classes/Subclasses	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fel. Média 12 meses
RESID. BX. RENDA	MONO	A1088681		1.4.1.1 0

HISTÓRICO L&A	DESCRICO DA CONTA		
Mês/Ano			
MAI/19	CONSUMO 30 A R\$ 0,226842 =	6,80	
ABR/19	DIFERENÇA DE TARIFA	12,64	
MAR/19	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	11,65-	
FEV/19	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,08		
JAN/19			
DEZ/18			
NOV/18			
OUT/18			
SET/18			
AGO/18			

TARIFA COM TRIBUTOS:
E A 30 - 0,205922

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ 05/2019 7,69

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 15 de maio de 2019, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor no CEPAC, programa de apoio à gestão de contas vencidas e de inadimplentes no valor de R\$ 17,04 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

RESERVADO AO FISCO 5DBF.4228.456A.9DF0.2DF6.EAE8.7C5D.E74B		HIPÓTESE DE CÁLCULO - R\$						
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$								
Distribuição:	5,25	Base de Cálculo:	19,44					
Energia:	10,12	Alíquota ICMS:						
Transmissão:	1,71	Valor de ICMS:						
Encargos:	0,83	Valor de PIS:	1,40%					
Tributos:	1,53	Valor de COFINS:	6,49%					
			0,27					
			1,26					
INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DNC		FIC		DNC		DNC	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	6,47	12,95	25,89	3,49	6,98	13,95	3,80	
Atualizado	0,00		0,00			0,00		
Código	MANDACARU		Período de validade	04/2019	Valor	3,43		

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

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

ROT: 167.748.03.80.149000



SEU CÓDIGO

1151896-0

TOTAL A PAGAR - R\$

7,79

MÊS FATURADO

06/2019

VENCIMENTO

11/06/2019

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 18.301.383-5

Nº da Nota Fiscal 022601032 FCAM

83690000000 8 07790017000 0 00000001151 0 89600619008 7





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 1175997-6		Hidrometro 408E083003		Referência JUN/2019
Nome/Razão Social/Endereço PAULO HENRIQUE S CARVALHO R.A ANTONIO LOPES, 405 CENTRO SINOS 64585000 AC = 73				
Situação Água/Esgoto 3/1	Res. 1	Categorias de Uso Com. Ind. Pub.		Inscrição 107 1 03 0113 0233-000
Período de Consumo 05/2019		Período de Consumo 18/06/2019		Outr. Consumo 23
Histórico de Consumo		Forma de Faturamento FATURADO P/ MINIMO DA L.GACA		
Mês/Ano	Leitura	Consumo	Outr.	
11/18	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	
		Cód. Responder 011759976	Código de Tarifa E1	
		Consumo Médio 9	Cons. Fixo Água	Cons. Fixo Esgoto
		Consumo 4	Consumo Relativo 10	
DESCRIÇÃO DA FATURA				
Cód. Nome do Serviço A.04 MANUTENCAO HIDROMETRO				Valor (R\$) 28,32

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

CONTROLE DE QUALIDADE DE AGUA CONFORME PORT. 2011-2011 MS

Parâmetros	Turbidez	Cor	Cloro	PH	Ferro	Calc.Totais	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	6,0 + 5,0	0,3	Assente	Assente
NP Mínimo de Amostras Exigidas							
NP Amostras Realizadas							
NP Amostra que Atende Legislação							
Valor Médio	3,80	1,67	7,40		0,00	0,00	
PRESERVE A QUALIDADE DA AGUA, FAÇA OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.							
<p>AGESPISA NÃO VAI MAIS MANIER SERVIÇO DE ENTREGA DE CON'A ATERNATIVA. RETIRE VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR. PESTE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGESPISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL</p>							

DEPARTAMENTO 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

AGESPISA Águas e Esgotos do Piauí S/A Atendimento ao Consumidor 0800 06 8888		Inscrição 107 1 03 0113 0289-000	AC = 73
Res. 1	Categorias de Uso 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 11000000001-7			



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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Paulo Henrique de Sousa Paranhos inscrito (a) no CPF 351.624.763 / 212 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário DOMINGOS FRANCISIO GOMES inscrito (a) no CPF sob o Nº 316.621.928/51, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima DOMINGOS FRANCISIO 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 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
21 AGO 2019
GENTILINHO ENDEREÇO ABAIXO
SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Terreiros, PI

Endereço <u>Rua Antonia Lopes</u>		Número <u>405</u>	Complemento
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SIMÕES PI</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64.585-000</u>
Email <u>Paulo.h3@proforma.com</u>	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>89 999831973</u>	

SIMÕES, 15 de JULHO de 2019
Local e Data

Paulo Henrique de Sousa Paranhos
Assinatura do Declarante



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
2 - CNES: 4009622
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
4 - CNES: 4009622

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: DOMINGOS FRANCISCO GOMES
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 412072
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 707604221145796
8 - DATA DE NASCIMENTO: 27/07/1981
9 - SEXO: Masc. 1 Fem. 2
10 - NOME DA MÃE: FRANCISCA MARIA DE JESUS GOMES
11 - TELEFONE DE CONTATO: (89) 9944-81593
12 - ENDEREÇO: SERRA DO MARAÇUJA, 0 - ZONA RURAL
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: SIMOES
14 - COD. IBGE MUNICÍPIO: 2210706
15 - UF: PI
16 - CEP: 64585-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fx clonando (D)

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
Rua Rui Barbosa de Araújo Rocha

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Clonagem

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

do

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fx clonando (D)

21 - CID PRINCIPAL

S420

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 AGO 2019
AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 - 193
Centro - Norte (SP) - 04092-470
Teresina - PI

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: *Clonagem*
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 040802015-0
26 - CLÍNICA: *Clonagem*
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: *Clonagem*
28 - DOCUMENTO: *Clonagem*
29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: *000571102410*
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: *Clonagem*
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: *19/05/19*
32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM): *Clonagem*

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ACIDENTE TRAB. TÍPICO
35 - ACIDENTE TRAB. TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA
37 - Nº DO BILHETE: *9619*
38 - SÉRIE
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: M220800001
45 - CODUMENTO
46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP

Assinatura paciente/Responsável

clonagem





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

2 - CNES
4009622

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

4 - CNES
4009622

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
DOMINGOS FRANCISCO GOMES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
412072

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
707604221145796

8 - DATA DE NASCIMENTO
27/07/1981

9 - SEXO
Masc 1 Fam 2

10 - NOME DA MÃE
FRANCISCA MARIA DE JESUS GOMES

11 - TELEFONE DE CONTATO
(89) 9944-81593

12 - ENDEREÇO
SERRA DO MARACUJA, 0 - ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
SIMOES

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
2210705

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

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
Maria Rosa Rodrigues de Araújo Rocha

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

GENTE SEGURADORA ASSOC
da Coelha de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
1040801015-0

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO
() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
000377020

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
Dr. Carlos Eduardo Demário

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ORGÃO EMISSOR
M220800001

45 - CODUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP

Assinatura paciente/Responsável

Tacilia Gomes





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

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE <i>Domingos Francisco Gomes</i>		SEXO <i>M</i>	APT°	LEITO
PRONTUÁRIO <i>432.072</i>	CONVÊNIO <i>SUS</i>	DATA <i>19.05.2019</i>	HORA	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA</i>				
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA <i>OSTEOTOMIA DA CLAVÍCULA DIREITA</i>				
DATA	INÍCIO DA CIRURGIA	FIM DA CIRURGIA		
CIRURGIA PROPOSTA		CIRURGIA REALIZADA		
TIPO DE CIRURGIA: <input type="checkbox"/> ELETIVA <input type="checkbox"/> REITERNAÇÃO				
<input type="checkbox"/> LIMPA <input type="checkbox"/> POTENCIALMENTE CONTAMINADA <input type="checkbox"/> CONTAMINADA <input type="checkbox"/> INFECTADA				
DESCRIÇÃO DA TÉCNICA / ACHADO CIRÚRGICO <i>1. A pele e a pele, inspecione a clavícula esquerda e direita. 2. Pequeno subcutâneo direito para obter o ponto de entrada. Realizar 3. Incisão com fio de Kirschner 2.0. 4. Incisão da pele e do músculo. 5. Incisão da pele</i>				
INTERCORRÊNCIAS		DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS DRVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 21 AGO 2019 HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ Mário Raul Rodrigues de Araújo Rocha GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Copr C Centro-Norte CEP: 64.002-470		
ANTIBIOTERAPIA <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM		ANATOMIA PATOLÓGICA <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM		
QUAIS:		N° 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				
RUGIÃO <i>ALVARO</i>		CREMEB <i>1.300</i>	ASSINATURA <i>[Assinatura]</i>	
RUGIÃO AUXILIAR		CREMEB		



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

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

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
Maria Raulino de Araújo Rocha



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUIZ
Mata Rui, Montes de Paulo Rocha



SESAPI

SECRETARIA
ESTADUAL DE
SAÚDE DO PIAUÍ

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

SECRETARIA
ESTADUAL DE
SAÚDE DO PIAUÍ

SECRETARIA
ESTADUAL DE
SAÚDE DO PIAUÍ

576619
02

NOME: <i>Domingos Maria Com</i>		ALA	APTO	LEITO	R. MET.
ID: <i>Ex Clínica</i>		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA: 19/05/19		OBSERVAÇÕES			
DIETA GERAL.		HORÁRIO DE MEDICAÇÃO			
2. Scape Salinizado					
3. RANITIDINA 25 MG/ML - 01 AMP + AD, IV, 8/8H					
4. DIFIRONA 1 G + AD EV 6/6 h SOS					
5. TILATIL 20 MG EV 12/12h					
6. TRAMADOL 100 mg - SF 0,9% 100 ML EV 8/8 SOS					
7. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA					
8.					
9.					
10.					
11.					
10.					

Dr. Ednan Soares Coutinho
O responsável pelo atendimento médico
CRM-PI: 5211 / CRM-AM: 5518



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUIZ
Rua Rio de Janeiro, 1000 - Anjo do Rio

SUS

SESAPI

SECRETARIA
ESTADUAL DE
SAÚDE DO PIAUÍ

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

JUSTINO LUIZ

SECRETARIA
ESTADUAL DE
SAÚDE DO PIAUÍ

NOME:	ALIA	APTO	RELATORIO DE ENFERMAGEM	
			LEITO	R. MET
HD:				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA:	19/05/19			
1 DIETA GERAL				
2. Scaip Salinizado				
3. RANITIDINA 25 MG/ML - 01 AMP + AD, IV, 8/8H				
4. DIFIRONA 1 G + ADE EV 6/6 h SOS				
5. TIL. ATIL 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.				
9.				
10.				
11.				
8.				
9.				
10.				

Dr. Carlos Eduardo Benedito
Ortopedia e Traumatologia
CRM nº 3374 / CRM-PIAUI-5678



Sala 02



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PIAUÍ



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUIZ
Maria Raimunda Rodrigues de Araújo Rocha

ALA	APTO	LEITO	R. MET.
E15		83	
RELATORIO DE ENFERMAGEM			
HORARIO DE MEDICACAO		OBSERVAÇÕES	
<p>Nome: <i>Dominges F. Gomes</i></p> <p>HD: <i>Dominges F. Gomes</i></p> <p>PRESCRIÇÃO MÉDICA</p> <p>DATA: 19/05/19</p> <p>1. DIETA GERAL</p> <p>2. Scalp Salinizado</p> <p>3. RANITIDINA 25 MG/ML - 01 AMP + AD, IV, 8/8H</p> <p>4. DIPIRONA 1 G + AD EV 6/6 h SOS</p> <p>5. TILATIL 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 RESPIRATORIA</p> <p>8.</p> <p>9.</p> <p>10.</p> <p>11.</p> <p>8.</p> <p>9.</p> <p>10.</p>		<p><i>At 16:20. Paciente admitida para submeter-se a tratamento em clínica ortopédica, aX clauscula, lesões articulares, v- Brandi Montenegro Sousa e NLE 1109-510</i></p> <p><i>SND</i></p> <p><i>At 16:55</i></p> <p><i>SND</i></p>	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 21 AGO 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro-Norte CEP: 04.002-470
 Teresina-PI

Dr. Carlos Eduardo Bezerra
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PI 5274 / C.R.O. - MA: 9518



HOSPITAL RESERVA JUSTINO LUIZ
Rua Rio de Janeiro de Arapongas

SESAPI

SECRETARIA DE SAÚDE
ESTADO DO PARANÁ
DEPARTAMENTOS DE SAÚDE
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

NOME: <u>Robson Francisco Geronzi</u> HD: <u>Frederico Chaves</u>		ALAC	APTO	LEITO	R. MET.
DATA: 21/05/2019 PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
1. DIETA ORAL LIVRE 2. JELCO SALINIZADO 3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110 NMHG 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% 100 mL EV 8/8 h, S/N 7. CCGG+SSVV 8. TILATIL 40MG. EV. 12/12H		ALAC APTO	APTO 218	LEITO 72	R. MET.
HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES			
9:00 Ref em 2º DIA para lactura em cateter D menor presença de múltiplas erup- ções em MCE. Prescritivo com todo o esquema de medicação, in- quiescente. Não aceita dieta, se- re psicofármacos e suplementos vitamínicos e infusões suportáveis sem alterações. Após 24h em local de lactura, agudizado ciangor AVO em MSE para ant gora. SVV T: 36,5°C PA: 100 x 90 mmHg P: 83 bpm R: 16 rpm acid. Café VPE. <u>Frederico Chaves</u> Oliveira		9:00 Ref em 2º DIA para lactura em cateter D menor presença de múltiplas erup- ções em MCE. Prescritivo com todo o esquema de medicação, in- quiescente. Não aceita dieta, se- re psicofármacos e suplementos vitamínicos e infusões suportáveis sem alterações. Após 24h em local de lactura, agudizado ciangor AVO em MSE para ant gora. SVV T: 36,5°C PA: 100 x 90 mmHg P: 83 bpm R: 16 rpm acid. Café VPE. <u>Frederico Chaves</u> Oliveira			

[Handwritten Signature]
Gustavo Felix

Dr. Gustavo Felix
 Rua São João, 100 - F. Per
 Curitiba - PR - CEP: 81.531-000
 CRP: 13663





SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ

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: <i>Danilson Reis</i>		ALAC: <i>18</i>	APTO: <i>83</i>	LEITO:	R. MET:
ID: <i>Ex. 123456789</i>		RELATORIO DE ENFERMAGEM			
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORARIO DE MEDICAÇÃO			
DATA: <i>24/05/2019</i>					
1. DIETA LIVRE					
2. FELCO SALINIZADO					
3. CAPTOPRIL 25 MG VO SE PAS>180 OU PAID>100 MMHG					
4. DIPIRONA 01 G - ADEV 6/h S/N					
5. ONDANSETRONA 8MG + ADEV 8/8 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					
<p><i>Heaven Green</i></p> <p><i>Jo Saboatouro</i></p>		OBSERVAÇÕES			
<p><i>Dr. André de Brito Lima</i></p> <p><i>Dr. Edson de Brito Lima</i></p> <p><i>Dr. João de Brito Lima</i></p> <p><i>Dr. Paulo de Brito Lima</i></p> <p><i>Dr. Roberto de Brito Lima</i></p> <p><i>Dr. Sérgio de Brito Lima</i></p> <p><i>Dr. Tarcísio de Brito Lima</i></p> <p><i>Dr. Valdeci de Brito Lima</i></p> <p><i>Dr. Wellington de Brito Lima</i></p> <p><i>Dr. Zé Carlos de Brito Lima</i></p>		<p><i>em sua unidade foi higienizada.</i></p> <p><i>em banho de aspersão, seguir</i></p> <p><i>recomendação de medicamento e higiene</i></p> <p><i>na unidade de saúde, no momento</i></p> <p><i>verificado 24 = 100/100 mmHg e 72/36</i></p> <p><i>re. Saúde. Caso sintese de</i></p> <p><i>de 24/05/2019, referida sobre</i></p> <p><i>7:56 72. P.A. 112/68 - 60/90</i></p> <p><i>rec. saúde. Condição, em 20/05/2019</i></p>			



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUIZ
Rua João Gonçalves Aguiar 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
 HD: FX CLAVICULA
PRESCRIÇÃO MÉDICA
 DATA: 25/05/2019

ALAC 18	APTO	LEITO	R. MET.
	18	83	

RELATORIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO DE MEDICAÇÃO

OBSERVAÇÕES

1. DIETA LIVRE
 2. JELCO SALINIZADO
 3. DIPIRONA 1 G - AD IV 6/6 HORAS S/N
 4. CAPTOPRIL 25 MG- 01 COMP VO 8/8 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- SSVV + CCGG

ALAC 18: S/N
 APTO: 18
 LEITO: 83
 R. MET.:
 OBSERVAÇÕES: No dia 25/05/2019, paciente em estado de saúde satisfatório. Paciente em uso de medicação prescrita. Paciente em uso de dieta livre. Paciente em uso de JELCO salinizado. Paciente em uso de Dipirona 1g - Ad IV 6/6 horas S/N. Paciente em uso de Captopril 25mg - 01 comp VO 8/8h se PAS maior 180 mmHg e/ou PAD maior 100 mmHg. Paciente em uso de Tramadol 100mg + SF 0,9% 100ml. EV 8/8 horas S/N. Paciente em uso de Tilatil 40mg + Ad EV de 12/12h S/N. Paciente em uso de Ondansetrona 8mg - Ad EV 8/8h S/N. Paciente em uso de SSVV + CCGG.

Dr. Ednan Soares Coutinho
 CRM: 107.903-0/05





SECRETARIA DE SINISTROS
 ESTADUAL DE SAUDE DO PIAUI
 DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 ATENDIMENTO VERIFICADO
 21 AGO 2019
 GENTE SEGURO S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro-Norte CEP- 64.002-470
 Teresina-PI



NOME: *Demétrio Falcão Santos*
 ID: *123456789*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA: 26/05/19

- X 1. DIETA ORAL
- 2. JELCO SALINIZADO
- 3. OMEPRAZOL. 40 MG VO AS QH
- 4. DIPIRONA 1G + AD EV 6/6H, SN
- 5. TRANMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 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

ALAB 9	APTO	LEITO 48	R. MET.
	18	83	
RELATORIO DE MEDICACAO			
HORARIO DE MEDICACAO			
OBSERVAÇÕES			
<i>Atenção: paciente SSVV. Faltou 1 dia de medicação. Paciente não está tomando a medicação corretamente. Exatidão da medicação.</i>			





SECRETARIA
ESTADUAL DE
SAÚDE DO PIAUÍ

ACORDOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Resende, 465 Loja C
Centro - Teresopolis CEP: 64.002-470
Teresopolis - RJ

21 98-83

HRJL
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUIZ

GOVERNO
ESTADUAL DO PIAUÍ

NOME: <u>Douglas Francisco Gouveia</u>		ALA C	18	APTO	83	LEITO		R. MET.
HD: <u># Fratura clavícula D.</u>		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM						
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO DE MEDICAÇÃO						
DATA: <u>05/05/2019</u>		OBSERVAÇÕES						
1. DIETA LIVRE								
2. JEICO SALINIZADO								
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180 OU PAD>100 NMHG	SN							
4. DIPIRONA 01 G + ADE EV 6/6 h SN	SN							
5. ONDANSETRONA 8MG + ADE EV 8/8 S/N	SN							
6. TRAMADOL 100 MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8 h S/N	SN							
7. TILATIL 40MG + ADE EV 12/12h S/N	SN							
8. SSVV + CCGG								

[Signature]
Dr. Avô Felty
Ortopedia Traumatologia
CRM-PI 5111 / CRM-MA 9916

9 Arroz e de manteiga D - (MP) OX

[Signature]

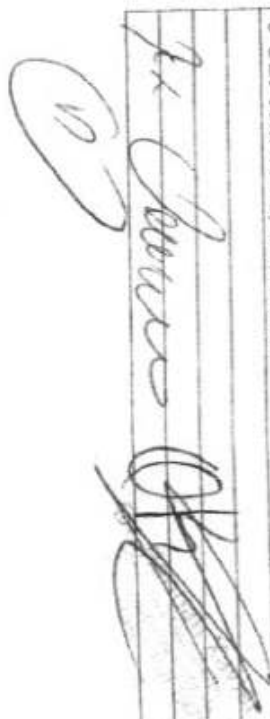
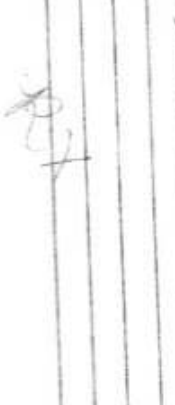
17 rpm, FC = 80 bpm, ACV
ENF. V.F.P.I. Fernando Justino LUIZ
As 19:14 verificadas
PR: 190X40mmHg coram. B.
349953 Rec. de enf. B.



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

NOME: DOMINGOS FRANCISCO GOMES		ALACI8	APTO83	LEITO	R. MET.
HD: 1º DPO OST. CLAVICULA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO DE MEDICAÇÃO			
DATA: 31/08/2019					
1. DIETA LIVRE					
2. JELCO SALINIZADO					
3. DIPIRONA 1 G - AD. IV 6/6 HORAS S/N					
4. CAPTOPRIL 25 MG - O1 COMP VO 8/1 H SEPAS 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					
					

nas 9:10 hrs realizado curativo
no 1º DPO (curativo clavicular
D) com presença de purpura
quadrante de presença de
quadrante, com alteração
de 9/0,9/1 e garga. Sinal de
VPPs - vascularização
no 19:05hrs realizado compressão
5500 Pa 50/60mmHg e 36/60
freq. ev. VPPs vascularização





SUS



SESAPI

SECRETARIA
 ESTADUAL DE
 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

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	ALAC	APTO	LEITO	R. MET.
01/06/2019	DIETA ORAL LIVRE	218	83		
	1. FELCO SALINIZADO				
	2. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS 160 OLC PAD > 110 MMHG				
	3. DIPIRONA 01 G - ADE EV 6/6 h S/N				
	4. ONDANSETRONA 8MG - ADE EV 8/8, S/N				
	5. TRAMADOL 100 mg + SF 0.9% 100 mL EV 8/8 h, S/N				
	6. CCGG-SSVV				
	7. TILAFIL 40MG, EV, 12/12H				
	8. <i>Defensoria Pública</i>				



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

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA PERIOPERATÓRIA

Usuário: Ednan Soares Coutinho Prontuário: _____

D.N. 1/1/1 Sexo: M F:

Procedimento Cirúrgico: Cistoc. Clavícula Data Cirurgia: 30/05/19

Antes da indução anestésica	Antes da incisão cirúrgica	Antes da saída do paciente da sala cirúrgica
<p>(Na presença de, pelo menos, membro da equipe de enfermagem e do anestesiológico)</p>	<p>(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e o cirurgião)</p>	<p>(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e o cirurgião)</p>
<p>O paciente confirmou a sua identidade, o local da cirurgia, o procedimento a seu consentimento?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Confirmar que todos os membros da equipe de enfermagem apresentaram, indicando seu nome e sua função</p>	<p><input type="checkbox"/> O nome do procedimento</p>
<p>O local está demarcado?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não aplicável</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Confirmar o nome do paciente, o procedimento e onde será aplicada a incisão</p>	<p><input type="checkbox"/> A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas</p>
<p>Foi concluída a verificação do equipamento de anestesiologia e da medicação?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p>	<p>A profilaxia antimicrobiana foi administrada nos últimos 60 minutos?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não aplicável</p>	<p><input type="checkbox"/> A identificação das amostras (ver as identificações das amostras em voz alta, inclusive o nome do paciente)</p>
<p>O oxímetro de pulso está colocado no paciente e funcionando?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p>	<p>Prevenção de eventos críticos para o Cirurgião:</p> <p><input type="checkbox"/> Quais são as etapas críticas ou não rotineiras? Qual duração do caso?</p> <p><input type="checkbox"/> Qual quantidade de perda de sangue prevista?</p>	<p><input type="checkbox"/> Se há quaisquer problemas com os equipamentos a serem resolvidos</p>
<p>O paciente possui:</p>	<p>Para o anestesiológico:</p> <p><input type="checkbox"/> Há alguma preocupação especificamente relacionada ao paciente?</p>	<p>Para o Cirurgião, o Anestesiológico e Equipe de Enfermagem:</p> <p><input type="checkbox"/> Quais são as principais preocupações para a recuperação e manejo deste paciente?</p>
<p>Alergia conhecida?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não</p>	<p>Para equipe de enfermagem:</p> <p><input type="checkbox"/> Foi confirmada a esterilização incluindo os resultados dos indicadores?</p> <p><input type="checkbox"/> Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?</p>	
<p>Via aérea difícil ou risco de aspiração</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, equipamentos/assistência disponíveis</p>	<p>Os exames de imagens essenciais estão disponíveis?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não aplicável</p>	
<p>Risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg para crianças)?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, e 2 acessos intravenosos ou 01 acesso central e fluidos previstos</p>		

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
21 AGO 2019
GENTE SEGURADORA
Piauí - Conselho de Residência
Teresina - PI

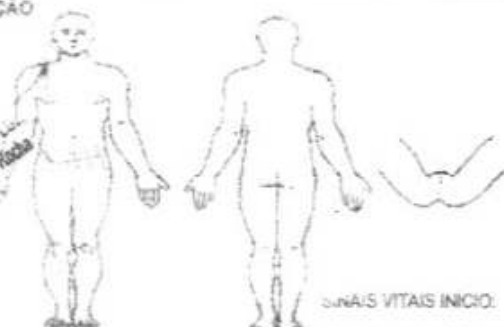
Flavio
assinatura-COREN



REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

CIRCULANTE: <u>100000</u>		SALA Nº: _____	
ENTRADA NA SALA: _____	INÍCIO DA ANESTESIA: <u>15:00</u>	INÍCIO DA CIRURGIA: <u>15:25</u>	
SAÍDA DA SALA: _____	TÉRMINO DA ANESTESIA: _____	TÉRMINO DA CIRURGIA: _____	
CIRURGIA PROPOSTA: <u>Intervenção de clavicula direita</u>			
CIRURGIA REALIZADA: <u>Intervenção de clavicula direita</u>			
CIRURGIÃO: <u>Dr. Eduardo</u>		ANESTESIOLOGISTA: <u>Dr. Eduardo</u>	INSTRUMENTADOR: _____
ASSISTENTES: _____	CRM: _____	2º: _____	CRM: _____

MONITORIZAÇÃO



SÍMBOLOS

- PLACA DE BISTUR
- ELÉTRODOS
- INCISÃO CIRÚRGICA
- OXIMETRIA DE PULSO
- PANI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 21 AGO 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 495 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

SINAIS VITAIS INÍCIO: PA 120x70 SATO 98
 SINAIS VITAIS TÉRMINO: PA 110x60 SATO 98 FC 75

TIPO DE ANESTESIA

- ANESTESIA GERAL
- ANESTESIA LOCAL
- ANESTESIA PERIDURAL
- BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

- BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX
- BLOQUEIO PARA-CERVICAL JELCO Nº 20
- BLOQUEIO DE PERIBULBAR
- GERAL COMBINADA (T+T)
- GERAL INALATORIA

- GERAL VENOSA GERAL
- LOCAL
- PERIDURAL COM CATETER
- SEDACÃO SEM CATETER
- SEDACÃO + LOCAL
- TÓPICA

TIPO DE INTUBAÇÃO

- ENDOTRAQUEAL
- ORAL
- NASAL

- COM CUFF
- SEM CUFF

- MASCARA LARÍNGEA Nº _____
- OUTRAS: _____

POSICÃO INTRA-OPERATÓRIA

- SUPINA
- PRONA
- LATERAL ESQUERDO
- LATERAL DIREITO
- SENTADA
- SEMI-FOWLER
- TRENDELENBURG

PREPARO DA PELE

- ANTISEPTICO
- ANTIBIÓTICO
- ANTIFÚNGICO
- ANTIVIRAL
- ANTIPARASITÁRIO
- ANTIOXIDANTE
- ANTIDERMATITE
- ANTIDERMATITE
- ANTIDERMATITE
- ANTIDERMATITE
- PVA TÓPICO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- CATETER ENDOVESCAL
- TRICOTOMIA
- PASSAGEM SNG
- FUNÇÃO VENOSA
- MSD
- MSE
- ASPIRAÇÃO
- OUTROS: _____

- COLETA DE URINA
- COLETA DE UROSTOP
- AP BARBEAR _____ UND
- SNG Nº _____
- LANCETA _____ UND
- SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº _____
- JELCO Nº _____

GARROTEAMENTO

- PEÇA DE SMARCH _____ UND
- GARROTE PNEUMÁTICO _____ mmHg
- NÃO SE APLICA
- BRACO
- ANTEBRAÇO
- COXA
- PANTUFRELA
- INÍCIO _____
- TÉRMINO _____

SERVIÇOS SOLICITADOS

- ANATOMIA PATOLÓGICA
- NÃO
- 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>Domíngos F. G. Gomes</i>				DATA <i>25/08/19</i>	PRONTUÁRIO	LEITO
PROCEDIMENTO <i>desobstrução de bexiga p.</i>				SALA		
MATERIAL DE CONSUMO				APARELHAGEM		
SERINGA 1 ML 3 ML	QUANT.	UND.	TOTAL	ARCO CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 5 ML/10 ML	<i>01</i>			BOMBA DE INFUSÃO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 20 ML	<i>01</i>			ASPIRADOR	<input type="checkbox"/>	
KIT ACESSO CENTRAL				AUTOCLAVE	<input type="checkbox"/>	
SONDA DE ASPIRAÇÃO				INSTRUMENTAL CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
AGULHA 40X12				ULTRASSON	<input type="checkbox"/>	
ALGODÃO	<i>02</i>			STIMUPLEX	<input type="checkbox"/>	
ÁGUA DESTILADA				USO DA SALA		
PVPI	<i>01</i>			INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO
SONDA VESICAL				<i>15:25</i>		
COLETOR DE URINA				OPERAÇÃO	<i>desobstrução de bexiga</i>	
ESCOVA COM DEGERMANTE	<i>03</i>			CIRURGIÃO	<i>R. Rocha</i>	
ATADURA COM CREPOM	<i>02</i>			AUXILIAR	<i>Roberto</i>	
ATADURA GESSADA				ANESTESISTA	<i>Edson</i>	
ATROPINA				TIPO DE ANESTESIA	<i>bloqueio de bexiga</i>	
KETALAR				INSTRUMENTADOR		
DIMORF				OCORRÊNCIAS		
NEOCAÍNA PESADA				<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 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 </div>		
LIDOCAÍNA	<i>40 ml</i>					
PROFANOL						
MIDAZOLAN						
DIAZEPAN						
TIOPENTAL						
EFORTIL						
DIPIRONA						
CEFAZOLINA	<i>02</i>					
FENTANIL	<i>01</i>					
FLUMAZENIL						
PLASIL						
VITAMINA K						
VITAMINA A						
OCITOCINA						
METHERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-GUT-CROMADO						
FIO DE ALGODÃO						
NYLON	<i>01</i>					
VYCRIL	<i>03</i>					
PROLENE	<i>01</i>					
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE						
ESPARADRAPO						
LÂMINA DE BISTURI						
LUVA ESTÉRIL						
LUVA DE PROCEDIMENTO						
SORO FISIOLÓGICO 0,9%						
SORO GLICOSADO 5%						
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO	<i>02</i>					
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
AQUIPO	<i>01</i>					
AGULHA DE RAQUE						

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
Mário Raulo Rodrigues da Rocha

MÉDICO: *R. Rocha*
ENFERMEIRA(O): *S. Silva*
TÉC. ENFER.: *Flora*



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

FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE:

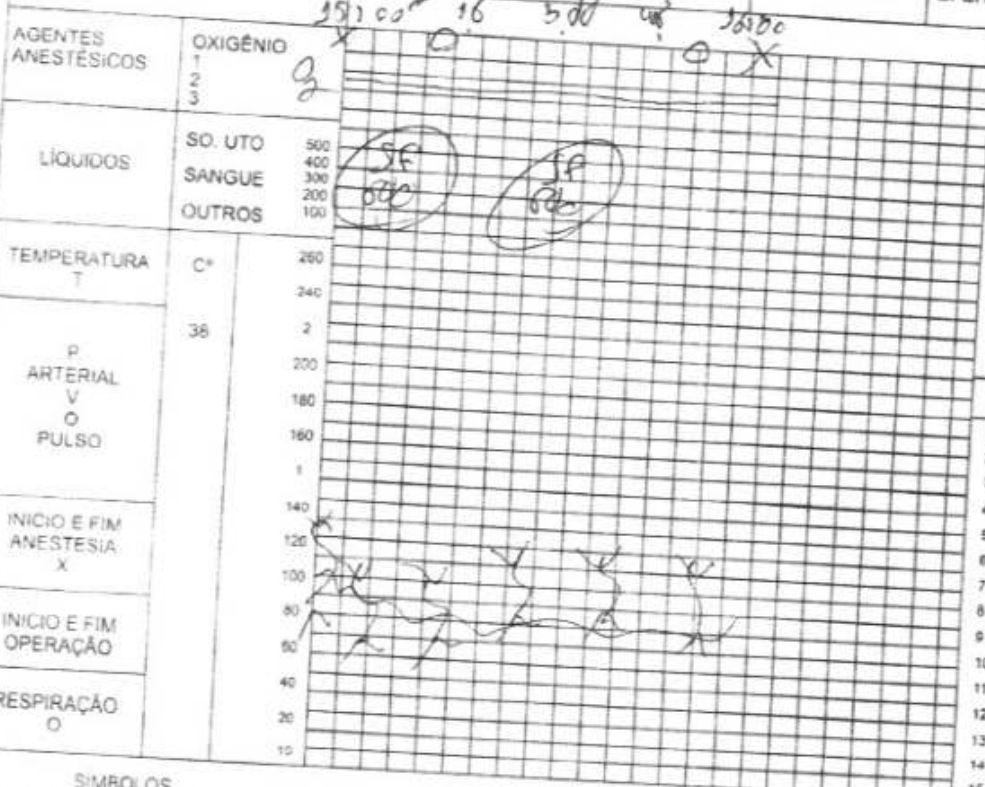
Octavio Gomes Francisco Gomes

DATA 30/05/19	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GRUPO SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLUCEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						

ASA II

FUNÇÃO RESPIRATÓRIA		ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA CIRCULATORIO		ASMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO		BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO		CORICÓIDES	
ESTADO MENTAL		ATARÁXICOS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		OUTROS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)		FÍSICO	
		APLICADO ÀS	
		EFEITOS	

midazolam 5mg IV
15) 0.5 16) 5.0 18) 0.5



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
Picos-PI

- SEQUENCIA
- 1) morfina 20 mg
 - 2) ropivacaína 100 mg
 - 3) fentanil 100 mcg
 - 4) midazolam 5 mg
 - 5) ropivacaína 20 mg
 - 6) morfina 10 mg
 - 7) ropivacaína 100 mg
 - 8) midazolam 5 mg
 - 9) fentanil 100 mcg
 - 10) ropivacaína 100 mg
 - 11) midazolam 5 mg
 - 12) fentanil 100 mcg
 - 13)
 - 14)
 - 15)

SIMBOLOS		DURAÇÃO	
TÉCNICAS		INCIDENTE / ACIDENTE	
OPERAÇÕES	Trat. Fratura clavícula direita		
CIRURGIÕES	Dr. Norberto + Dr. Fernando		
ANESTESISTAS	Dr. Edmundo		
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ Maria Rosa Ribeiro de Araújo Rocha		Edmundo Ribeiro de Araújo Rocha Med. Anestesiologia CRM-PI 3885	
DADES		CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS	



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

ATENDIMENTO DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO

NOME DO PACIENTE Domingos Francisco Gomes
 ALA: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ PRONTUÁRIO Nº: _____

DATA	DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO
21/05/19	Atendimento nutricional realizado <i>R</i>
22/05/19	Atendimento nutricional realizado <i>Roberta Borges Costa</i> NUTRICIONISTA CRN 22259
23/05/19	Atendimento nutricional realizado <i>R</i> Roberta Borges Costa NUTRICIONISTA CRN 22259
24/05/19	Atendimento nutricional realizado <i>R</i> Roberta Borges Costa NUTRICIONISTA CRN 22259
25/05/19	Atendimento nutricional realizado <i>Racenda</i>
26/05/19	Atendimento nutricional realizado <i>Racenda</i>
27/05/19	Atendimento nutricional realizado <i>R</i>
28/05/19	Atendimento nutricional realizado <i>Roberta Borges Costa</i> NUTRICIONISTA CRN 22259
29/05/19	Atendimento nutricional realizado <i>R</i>
30/05/19	Atendimento nutricional realizado <i>R</i>

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

21 AGO 2019

*GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-420
Teresina-PI

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
Rua Antenor Neiva, 184 - Picos-PI





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
 SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
 SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE - SUPAS
 DIR. DE UNIDADE DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

SOLICITAÇÃO DE VAGA / TRANSFERÊNCIA

DATA: 19/08/19 HORA: 13:15 Nº DO TELEFONE: 998 94 66 40

HOSPITAL SOLICITANTE: Hospital de São Ruy de Aguiar MUNICÍPIO: Aguiar

MÉDICO: Francisco Roberto CRM: 989-VI

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO:
 () Obstetria (x) Trauma () Cirúrgica () Psiquiatria () Outro:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Lourenço dos Santos

NOME DA MÃE: Francisca Maria de Jesus Santos

DATA DE NASCIMENTO: 21/7/81 IDADE: 37 ANOS GÊNERO: () MASCULINO () FEMININO

Nº DO CARTÃO DO SUS: 707 6042 2114 5196

ENDEREÇO: Rua Sumara - "Mapache"

HDA: Rua Sumara nº 60 - 1º andar - Aguiar - PI
 CEP: 64.002-170

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 |

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 21 AGO 2019
 RESPOSTA MOTORA
 6 - OBEDECE A COMANDO
 5 - LOCALIZAR DOR
 4 - MOVIMENTO DE RETIRADA
 3 - FLEXÃO ANORMAL
 2 - EXTENSÃO ANORMAL
 1 - NENHUMA

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
 Marechal Rondon - Aguiar - PI

SINAIS VITAIS:
 Tax 36,5 ° CP: 80 bpm R: 15 mm PA: 100x60 mmHg SatO₂ 96 Glicemia: 110 mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:
 () OXIGÊNIO (x) HIDRATAÇÃO VENOSA:
 () ASPIRAÇÃO () MEDICAÇÃO: aspiração de ETO - difteria
 () CURATIVO () OUTROS:

EXAMES REALIZADOS (ENVIAR CÓPIA):

HOSPITAL DE DESTINO:
 HOSPITAL: H.R. J. Luz
 A/POSTO: Dr FRANCISCO BATIS MEDICU SENHA: 2019.05940115080



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: Emergencia

VISÃO GERAL

EVOLUÇÃO

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:

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
 Rua...
 Antônio 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





HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
 PRAÇA ANTENOR NEIVA, 184-BOMBA, PICOS/PI
 Telefone: (89) 3422-1314, FAX: (89) 3422-1314
 CNPJ: 06.553.564/0102-81, Email: HRJL@HRJL.PI.GOV.BR

Atendimento: E0121218



INTERNADO

Coletado:

Data: 24/05/2019

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

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

Leito: C13/66 Enfermaria: 13

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 %	4,526
EOSINÓFILOS	01 %	0
LINFÓCITOS	19 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
MONÓCITOS	07 %	0 a 4 % 100 a 400 /mm ³
LINFÓCITOS ATÍPICOS	00 %	0,434
CONTAGEM GERAL	100,00	0
PLAQUETAS	276,000 /mm ³	100% 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
 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

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
 Maria Ruth Machado de Azevedo Rocha

1563-NARA JANE LIMA CARVALHO

Realize diariamente teste de controle de qualidade antes das realizações dos exames. Hematocrito (Advia 60) com revisão em lâmina. Bioquímica (Rin 301)



AVISO DE ALTA

PACIENTE

Demingues FCS Gomes

ENFERMARIA

018

LEITO

83

DATA DA ADMISSÃO

20.05.19

DATA DA ALTA

01.06.19

MÉDICO RESPONSÁVEL PELA ALTA

Dr. Cláudio

ENFERMEIRO

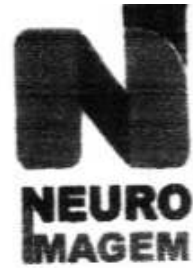
Enderson

OBSERVAÇÃO

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

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
Maria Rosa Ribeiro de Araújo 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.

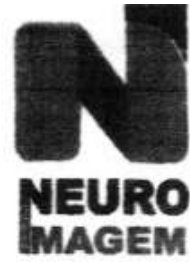



Dr. Jorge C. Neto
CRM-PI 3556

Radiologia e Diagnóstico por Imagem
MATRIZ: Rua Frei Paolino, 1825 - Centro - Teresina - PI - CEP: 64001-260 - Fone: 86.3226-5100
FILIAL: Rua Antônio Lopes, S/N - Centro - Simões - PI - CEP: 64685-000 - Fone: 89.99627.8361
FILIAL: R. 316, Loteamento Dona Corina - Arapirica - PE - CEP: 56.290.000

1 / 1





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

FILIAL: Rua Manoel José 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 - Araripe -PE - CEP: 56.280.000

11





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





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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 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 físico: Paciente apresenta déficits de movimentos em ombro direito.
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 COD. RENAVAM ILN. TR.C. EXERCÍCIO
1 00212336770 2018

NOME
DOMINGOS FRANCISCO GOMES

CPF / CNPJ PLACA
31662192851 KKS-2850

PLACA ANT. / UF CHASSI
KKS-2850 9C2JC4110AR626736

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLE/NENHUMA GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN KS 2010 2010

CAP. POT. / CL. CATEGORIA COB. PREDOMINANTE
02P/0124CC PARTICU 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

OBSERVAÇÕES
SEM RESTRICÇÕES
DOCUMENTAÇÃO DE PONTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

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. CAT. DMF 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 BILHETE DO SEGURO (R\$)
000,00 000,00 185,50

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

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.606/0001-04

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



**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 seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (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"



Paul Henrique de Sousa Carvalho Junior
ASSINATURA DO TITULAR

0618073

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.978.980 DATA DE EXPEDIÇÃO 03/08/15

NOME PAULO HENRIQUE DE SOUSA CARVALHO JUNIOR

FILIAÇÃO JANECÁRLIA 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 28/12/1997

CPF 013.071.583-23

MARCUS ANTONIO PINHEIRO DE ARAUJO
ASSINATURA DO DIRETOR

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

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





Para contato conosco, informe esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de pagamento autorizado 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 LOPEZ 405 435 CENTRO
CPF: 00080075630320
CEP: 64.585-000 - SIMOES

ROT: 175.748.11.03.256000

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual	Anterior	Atual	Anterior
8467	8326	14/06/2019	16/05/2019
Consumo Medido: 141		Próxima Leitura: 16/07/2019	Emissão: 13/06/2019
Consumo Faturado: 141 FCM		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		
MAI/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 - 0,620482

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 FISCAL 9CAC A122 F02F RCBE 9850 B6CE 9008 7875

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:	1,40%
Tributos:	34,28	Valor do COFINS:	6,49%

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	DIC			FIC			DMC		
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	
Limite	6,47	12,95	25,89	3,49	6,98	13,95	3,80		
Realizado	0,00			0,00			0,00		
Categoria	MANDACARU						Período de aplicação:	04/2019	USU: 53,46

ROT: 175.748.11.03.256000



SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$

0278759-8

130,53

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

06/2019

21/06/2019

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-3

Nº da Nota Fiscal 023194954 FCM

83610000001 4 30530017000 1 000000000278 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

DEPARTAMENTO 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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/12/2020 15:21:46

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012171521462170000013095674

Número do documento: 2012171521462170000013095674



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Paula Henriques de Sousa Carvalho Junior

RG nº 2.978.980, data de expedição 03/08/15, Órgão STP/PI,

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 ANTONIO LOPEZ</u>
Número	<u>405</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>SIMÕES-PI</u>
Estado	<u>PIANI</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 Henriques 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.292.873-6-557/5P CPF: 316.621.928-51

Endereço: LO SENAR DE MARACUJA Bairro: B-RUA 1

Cidade: SIMÕES-PINHEIRO CEP: 64.585-000

OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Nome: PAULO RODRIGUEZ DE SOUZA PARANHOS

Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: CASADO

Profissão: MILITAR

Identidade: 1010896-95 CPF: 351.124.263-2

Endereço: RUA ANTONIO LOPES 405 Bairro: PENTAGON

Cidade: SIMÕES-PINHEIRO CEP: 64585-000



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 UFPI, Data: 01 de 07 de 2019

DOMINGOS FRANCISCO GOMES

Assinatura do Outorgante



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

Cartório de Ofício Único de Simões/Pi
33394.153/0001-74
LUCIANA CARVALHO DE MORAES - TABELIA
CNPJ: 33.941.880/0174-058 07314.7
RUA JOSÉ BARTOLOMEU DE CARVALHO, CENTRO, 10 S/N, SIMÕES - PIAUI, TEL. (33) 33394-153
RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE DOMINGOS FRANCISCO GOMES, EM
PRESENÇA DE JESUS BARTOLOMEU DE CARVALHO, CENTRO, 10 S/N, SIMÕES, 01/07/2019 10:45:28
Bel. Luciana Carvalho de Moraes Marinho Área Leão
Tabeliã Interina
Bel. Antônio Hugo Fernandes Júnior
Tabelião Substituto
Bel. Wilfred Gomes de Lima
Tabelião Substituto
R. Jesus Bartolomeu de Carvalho, 123-Térreo, Centro



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

