



1102644-8

007550148

JUNHO/2018

29/06/2018

84

49,91

DOMINGOS FRANCA PEREIRA
 LC VIEIRA II S/N B-RURAL
 CPF: 00003055277384
 CEP: 64.155-000 - SAO JOAO DO ARRAIAL ROT: 138.369.16.80.041750

| | |
|--------|------------|
| 2410 | 22/06/2018 |
| 2326 | 24/05/2018 |
| 1,000 | 25/07/2018 |
| 84 | 21/06/2018 |
| 84 | 22/06/2018 |
| NORMAL | 29 |

RESID.BX.RENDA MONO A1083807 1.4.1.1 69

| | | | | |
|----------------------|-----|--------------------------------|---------------------|--------|
| MAI/18 | 87 | CONSUMO | 30 A R\$ 0,278218 = | 8,34 |
| ABR/18 | 91 | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) | 54 A R\$ 0,476959 = | 25,75 |
| MAR/18 | 86 | DIFERENCA DE TARIFA | | 4,50 |
| FEV/18 | 82 | SUBVENCAO BAIXA RENDA | | 33,92 |
| JAN/18 | 79 | CORRECAO MONETARIA IG 03/18-00 | | 24,92- |
| DEZ/17 | 78 | MULTA POR ATRASO 03/18-00 | | 0,50 |
| NOV/17 | 81 | JUROS DE MORA DE IMPO 03/18-00 | | 0,80 |
| OUT/17 | 101 | ADICIONAL BANDEIRA AMARELA | - 0,10 | 1,02 |
| SET/17 | 41 | ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA | - 1,59 | |
| AGO/17 | 31 | | | |
| TARIFA SEM TRIBUTOS: | | | | |
| 3 H 30 - 0,204240 | | | | |
| 31 H 84 - 0,350136 | | | | |

Mes/Ano Valor R\$ 05/2018 49,29 Unidades contam relativa a águas residuais e fornecimento de energia elétrica. No dia 01/01/2018, em função das mudanças realizadas neste sistema, o seu pagamento poderá ser feito também é incremento do nome do consumidor no SEDPA, informamos ainda existem(ão) conta(s) vencida(s) e/ou reavista(s) no valor de R\$ 95,14 (noveenta e cinco reais e vinte e três centavos), no pagamento faturado descontando-se este valor.

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

F05A.CBC8.2CE8.0EFE.F2C6.138B.0894.F1E1

| | |
|-------|--------|
| 14,27 | 68,01 |
| 27,10 | 22,00% |
| 4,26 | 14,96 |
| 4,31 | 0,55 |
| 18,07 | 2,56 |

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO

22 OUT 2018

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

6,87 13,74 27,48 3,61 7,23 14,45 3,97
 0,00 0,00 0,00
 MATIAS OLIMPIO 04/2018 13,21

ROT: 138.369.16.80.041750

1102644-8

49,91

06/2018 29/06/2018

007550148 FCAM

83600000000 7 49910017000 4 0075501102 3 64480618008 4

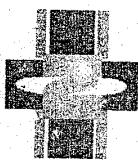


DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA DE RENDA

DOMINGOS FRANÇA PEREIRA, brasileiro, solteiro, Trabalhador Rural, portador do RG nº: 2.804.092-SSP/PI e do CPF nº: 03.552.773-84, residente e domiciliado na localidade Vieira II, Zona Rural, município de São João do Arraial-PI, CEP: 64155-000, **DECLARA, com fins de pleitear os BENEFÍCIOS DA GRATUIDADE DA JUSTIÇA**, previsto no inciso LXXIV, do art. 5º da Constituição Federal, c/c parágrafo único, do artigo 4º da lei nº. 1060/50, que é juridicamente pobre, eis que não possui condições financeiras para arcar com as despesas da justiça, especialmente das custas processuais, sem prejuízo de seu próprio sustento e de sua família; ciente de que pela falsa declaração de pobreza o declarante responde civil, penal e administrativamente, de conformidade com a legislação vigente.

Teresina, 20 de fevereiro de 2019.

Domingos França Pereira
Declarante



HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

CNPJ:06553564015593 Telefone: (86) 3323-7188
RUA RODRIGO COIMBRA, 1.650 - RODOVIARIA - PARNAIBA/PI

| | | | | |
|----------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------|--------------------------|
| Atendimento: E069970 | ee | INTERNADO | Coletado: | Data: 23/06/2018 |
| Paciente: | DOMINGOS FRANCA PEREIRA | | Sexo: | MASCULINO |
| Médico(a): | VITOR FIGUEIREDO CARNEIRO | | Idade: | 34 ANOS, 4 MESES, 4 DIAS |
| Convênio: | SUS | Leito: 1101 Enfermaria: 011 | Impresso: | 23/06/2018 |

HEMOGRAMA

Material:

Método:

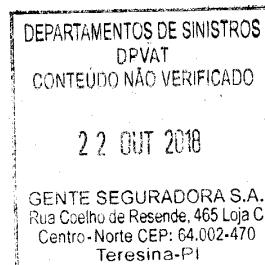
ERITROGRAMA

| | | |
|-------------|------------------------------|-----------------------------------|
| ERITRÓCITOS | 5,04 milhões/mm ³ | 4,5 a 5,9 milhões/mm ³ |
| HEMOGLOBINA | 14,1 g% | 12,0 a 17,5 g% |
| HEMATÓCRITO | 42,2 % | 40 a 52 % |
| VCM | 83,73 u ³ | 80 a 100 u ³ |
| HCM | 27,98 pg | 26 a 34 pg |
| CHCM | 33,41 % | 31 a 36 % |
| OBSERVAÇÕES | | |

LEUCOGRAMA

| | | |
|---------------------|--------------------------|---------------------------------|
| LEUCÓCITOS | 8600 mm ³ | 4.500 a 11.000 /mm ³ |
| IELÓCITOS | 00 % | 0 |
| METAMIÉLOCITOS | 00 % | 0 |
| BASTONETES | 02 % | 172 |
| SEGMENTADOS | 70 % | 6020 |
| BASÓFILOS | 00 % | 0 |
| EOSINÓFILOS | 00 % | 0 |
| LINFÓCITOS | 00 % | 0 |
| MONÓCITOS | 24 % | 2064 |
| LINFÓCITOS ATÍPICOS | 04 % | 344 |
| CONTAGEM GERAL | 100,00 | 0 |
| PLAQUETAS | 230.000 /mm ³ | 150.000 a 400.000 /µL |
| OBSERVAÇÕES | | |

OBSERVAÇÃO GERAL: HEMÁCIAS NORMOCÍTICAS E NORMOCRÔMICAS. LEUCÓCITOS SEM ALTERAÇÕES MORFOLÓGICAS. PLAQUETAS MORFOLOGICAMENTE NORMAIS.



3860-VALDENISE CARVALHO DE SOUSA
O laboratório realiza diariamente teste de controle de qualidade antes das realizações dos exames. Hematologia (Advia 601 com revisão em lamina: Bioquímica (Bio 200)



Controle dos Cuidados na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA)

| PACIENTE: | 100miguelziana perira | ALERGIA A: | | | | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------|--------|--------|--------|------|----|------|----|-------|
| DATA: | 28/06/2008 | HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A. | | | | | | | | |
| CIRURGIA REALIZADA: | Fract. Tibia (D) | | | | | | | | | |
| TIPO DE ANESTESIA: | Rapini | | | | | | | | | |
| INTERCORRÊNCIAS INTRAOPERATÓRIAS: | | | | | | | | | | |
| SINAIS VITais | HORÁRIOS | | | | | | | | | |
| | ADMISSÃO | 15' | 30' | 45' | 60' | 1h30 | 2h | 2h30 | 3h | Saída |
| P.A. | 109x52 | 104x74 | 111x60 | 102x59 | 109x70 | | | | | |
| F.C./PULSO | 59 | 64 | 55 | 53 | 71 | | | | | |
| TEMPERATURA | 39 | 64 | 55 | 53 | 71 | | | | | |
| OXIMETRIA | 99 | 34,5 | 33,0 | 33,3 | 33,5 | 3 | | | | |
| FREQ. RESPIRATÓRIO | 21 | 20 | 19 | 18 | | | | | | |

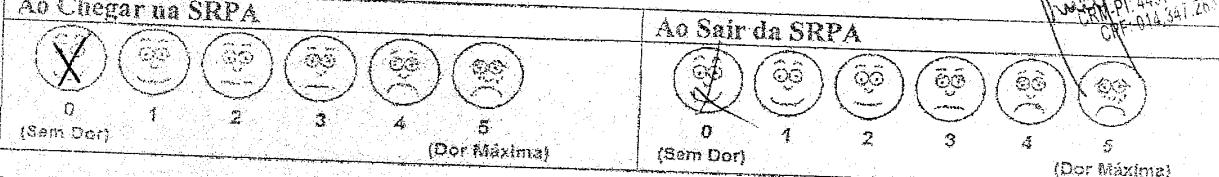
Escala de Aldrete e Krolik:

| ÍNDICE DE ALDRETE-KROULINK MODIFICADO | Admissão | 15' | 30' | 45' | 60' | | Saída |
|---|----------|-----|-----|-----|-----|--|-------|
| CONSCIÊNCIA | | | | | | | |
| Completamente acordado = 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | | 2 |
| Desperta ao chamado = 1 | | | | | | | |
| Não responde ao Chamado = 0 | | | | | | | |
| ATIVIDADE MOTORA | | | | | | | |
| Mouve 4 extremidades = 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | | 2 |
| Mouve 2 extremidades = 1 | | | | | | | |
| Não movimenta = 0 | | | | | | | |
| RESPIRAÇÃO | | | | | | | |
| Profunda ou tosse livremente = 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | | 2 |
| Limitada, dispneia = 1 | | | | | | | |
| Apneia = 0 | | | | | | | |
| CIRCULAÇÃO | | | | | | | |
| 20% do nível pré-anestésico = 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | | 2 |
| 20 - 49% do nível pré-anestésico = 1 | | | | | | | |
| 50% do nível pré-anestésico = 0 | | | | | | | |
| SpO ₂ | | | | | | | |
| Mantém SpO ₂ > 92% em ar ambiente = 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | | 2 |
| Mantém SpO ₂ > 90% em O ₂ = 1 | | | | | | | |
| Mantém SpO ₂ < 90% em O ₂ = 0 | | | | | | | |
| TOTAL DE PONTOS | 8 | 8 | 8 | 9 | 10 | | |
| APTO A ALTA: 8 A 10 PONTOS | | | | | | | |

Alta da SRPA com 10 pontos, às 19 horas. Anestesista:

Dr. Samuel Darcy Viana Faria
Médico Anestesiologista
CRM PI: 4197 ZF 26.06.06
CRF-014-347-ZB-06

Escala da dor:



Escala Modificada de Bromage (para os pacientes submetidos a anestesias regionais: Raquianestesia ou Anestesia Peridural):

| Parâmetro | Valor |
|--|-------|
| Sein bloqueio motor | 0 |
| Pode flexionar o joelho e mover o pé, mas não levanta a perna. | 1 |
| Pode mover apenas o pé. | 2 |
| Não pode mover pé ou joelho | X |

Secretaria de Estado da Saúde
Av. Pedro Freitas s/n - Centro Administrativo - Bloco A
(86) 3216-3595 - 64018-200 - Teresina-PI

22 OUT 2010

Hospital Estadual Dirceu Arcanjo
Rua Rodrigo Coimbra, nº 1650 - Rodoviária
(86) 3223-7188 - 64216-470 - Parnaíba-PI
www.heda.pi.gov.br

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

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SRPA

Admissão:

| Necessidades | Características | Observação |
|--------------------------------|---|------------|
| Necessidades neurológicas | Comportamento: <input checked="" type="checkbox"/> calmo; <input type="checkbox"/> agitado; <input type="checkbox"/> agressivo; <input type="checkbox"/> apático. Nível de consciência: <input type="checkbox"/> acordado; <input type="checkbox"/> sonolento; <input type="checkbox"/> lúcido; <input type="checkbox"/> sonolento. Dor: <input checked="" type="checkbox"/> ausente; <input type="checkbox"/> presente. Local | |
| Necessidade respiratória | Via aérea: <input checked="" type="checkbox"/> pélvia; <input type="checkbox"/> parcialmente obstruída. AP: <input type="checkbox"/> MV+; <input type="checkbox"/> roncos; <input type="checkbox"/> sibilos <input type="checkbox"/> estertores. Nível ventilatório: <input type="checkbox"/> Traqueostomia; <input type="checkbox"/> Intubação traqueal; <input type="checkbox"/> Oxigenoterapia por máscara de Venturi; <input type="checkbox"/> Oxigenoterapia por cateter de O2; <input type="checkbox"/> ar ambiente. | |
| Necessidades cardiovasculares | FC: <input checked="" type="checkbox"/> normal ____ bpm; <input type="checkbox"/> bradicardia ____ bpm; <input type="checkbox"/> taquicardia ____ bpm. | |
| Necessidades gastrointestinais | <input type="checkbox"/> SNG; <input type="checkbox"/> SNE; <input type="checkbox"/> Gastrostomia; <input type="checkbox"/> Jejunostomia; <input type="checkbox"/> Ostomia Náuseas: <input checked="" type="checkbox"/> ausente; <input type="checkbox"/> presente. Vômitos: <input checked="" type="checkbox"/> ausente; <input type="checkbox"/> presente. Abdome: <input type="checkbox"/> plano; <input type="checkbox"/> globoso; <input checked="" type="checkbox"/> flácido; <input type="checkbox"/> distendido. Diurese: <input checked="" type="checkbox"/> ausente; <input type="checkbox"/> espontânea; <input type="checkbox"/> SVA; <input type="checkbox"/> SVD. | |
| Necessidades tegmentares | <input checked="" type="checkbox"/> Hidratado; <input type="checkbox"/> Desidratado; <input type="checkbox"/> Corado; <input type="checkbox"/> Ictérico; <input type="checkbox"/> Edemaciado. Acesso: <input checked="" type="checkbox"/> AVP; <input type="checkbox"/> dissecação venosa; <input type="checkbox"/> punção jugular; <input type="checkbox"/> punção de subclávia. | |
| Incisão cirúrgica | <input checked="" type="checkbox"/> Limpa <input type="checkbox"/> Parcialmente embebida de sangue <input type="checkbox"/> Totalmente embebida em sangue. Dreno: <input type="checkbox"/> Penrose; <input type="checkbox"/> torácico; <input type="checkbox"/> sucção. | |

Responsável: *Quati - Enfermeira* Data: *28/06/18*

Intervenções de enfermagem para a SRPA Data: *28/06/18*

| Ação de Enfermagem | Horário | Executante |
|--|---------|------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Instalar monitoração. | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Aquecer o cliente até melhora da temperatura corporal. | | |
| <input type="checkbox"/> Administrar oxigênio úmido ____ litro/mim, de acordo com prescrição médica. | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Observar sangramentos na incisão cirúrgica. | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Controlar SSVV, segundo rotina. | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Observar a presença de vômitos e /ou náuseas. | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar nível de consciência. | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar dor, segundo rotina. | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar Escala de Aldrete e Krolik | | |

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM:

22 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 62.002-470
Teresina-PI

Condições na alta da SRPA:

| | |
|--------------------|---|
| Estado de vigília | <input type="checkbox"/> acordado; <input type="checkbox"/> sonolento; <input type="checkbox"/> lúcido; <input type="checkbox"/> sonolento. |
| Nível ventilatório | <input type="checkbox"/> Traqueostomia; <input type="checkbox"/> Intubação traqueal; <input type="checkbox"/> Oxigenoterapia por máscara de Venturi; <input type="checkbox"/> Oxigenoterapia por cateter de O2; <input type="checkbox"/> ar ambiente. |
| Curativo | |
| Dreno | |
| Diurese | |
| Pertences | |

Tipo: Observação:

espontânea; SVA; SVD.

roupas; joias; prótese dentária; outros.

Responsável:

TERMO DE CONSENTIMENTO- PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

O presente Termo de Consentimento Informado tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Hospital Estadual Dirceu Arcoverde.

Nome do Paciente: _____ RG: _____

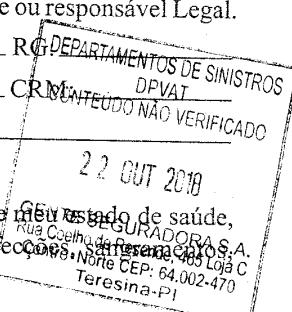
Obs.: Na impossibilidade de assinatura pelo paciente, sempre preencher os dados Representante ou responsável Legal.

Nome do Representante: _____

Nome do Médico: _____

Procedimento Cirúrgico: _____

Data da realização: _____ / _____ / _____



1.Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito acima, podendo ocorrer infecções, sangramentos, problemas cardiovasculares

2.Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos (como, por exemplo, infecções, sangramentos, problemas cardiovasculares), benefícios e alternativas do procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.

3.Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais, inclusive risco de morte.

4.Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego da anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos e benefícios e alternativa.

5.Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue ou hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

6.Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.

7.Confirma que recebi explicações, li, comprehendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Assinatura do paciente e/ou responsável: _____

Parnaíba, _____ de _____ de _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas prevíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondo todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo a responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.

Assinatura do Médico: _____

Parnaíba, _____ de _____ de _____



GOVERNO
DO PIAUÍ

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

SOLICITAÇÃO DE VAGA / TRANSFERÊNCIA

DATA 22/06/18 HORA: 18:40 Nº DO TELEFONE 3383-5193

HOSPITAL SOLICITANTE Julio Hartman MUNICIPIO: Esperantina
MÉDICO: alexandro CRM: 24.97

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstétrica () Trauma () Clínico () Cirúrgico () Psiquiatria () Outros _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 898.0040.3027.0889

Nome: Domingos França Pereira dm: 19102184

Idade: 34 anos Sexo: Masculino Feminino

HDA: Perdeu o controle de um automóvel, caiu
quele da moto.

Pronto para o D.

ESCALA DE GLASGOW.

15

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 OUT 2018

CENTRO SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Resende, 465 Loja C
Teresina-PI CEP: 64.002-470

ABERTURA OCULAR

- 4 - Espontânea
- 3 - Comandos
- 2 - A dor
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
- 4 - Confusa
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- 6 - Obedece a comandos
- 5 - Localizado
- 4 - Movimento de retirada
- 3 - Flexão anormal
- 2 - Extensão anormal
- 1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax ____ °C P: ____ bpm R: ____ mrm PA: ____ mmHg Sat O: ____ Glicemia: ____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio () Hidratação Venosa
- () Aspiração () Medicação
- () Curativo () Outros

CNPJ: 06.553.564/0003-06
HOSPITAL JÚLIO ESTADUAL DR
Rua Marechal Deodoro
Centro CEP: 64.180-000
ESPERANTINA-PI

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DESTINO

Hospital: MET A

Clínica / Posto: _____ Senha: 2010 06 2206 2581

Assinatura e Carimbo do Médico

PREScrição: CLÍNICA ORTOPÉDICA | DATA: 23/06/18 | HORÁRIO: EVOLUÇÃO MÉDICA

PESCRICAÇÃO

DIETA LIVRE
VOLTAREN 75 MG IM 12/12HS
DIPIRONA 2/8 EV DE 6/6HS SN
ELEVAR MEMBRO
S VITais 6/6HS

CLÍNICA ORTOPÉDICA

DATA: 23/06/18 HORÁRIO

PAC COM FRATURA OSSOS PE
SOLICITADO EXAMES PRE OP

DIETA LIVRE

VOLTAREN 75 MG IM 12/12HS
DIPRIVONA 2/8 EV/D/E 6/6HS SS

EI EVAB MEMBRO

S VITAIIS 6/6HS

HEDA DOMINGOS FRANÇA

王氏

DOMINGOS FRANÇA

DEPARTAMENTOS DE SISTENAS
DPMAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

GENTE SEGURADORA S.A.
Rúa Celso de Resende, 4650-10a C
Centro - Niterói - RJ - 2002-470
Teresinha - P.R.

三

1

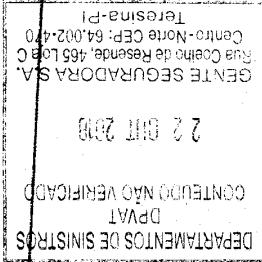
2020-07-20 10:00

2018

SINIS 30

— 8 —

| | | | |
|---|-------------------------|-------------------|-----------------------------|
| PREScrição: | DATA: 25/06/2013 | HORÁRIO | EVOLUÇÃO MÉDICA |
| DIETA LIVRE | | | FRACTURA TIBIA PRE OP OK |
| DIPIRONA 1 CP VO 6/6 HS S/N ₄ | | | |
| DICLOFENACO 1 CP VO 12/ 12HS S/N ₄ | | | |
| SSVV + CCGG | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| HEDA | DOMINGOS FRANCA PEREIRA | | |
| | | N° DO PRONTUÁRIO: | N° FI |
| | | 11-03 | |



*Dr. Helder E.S.
Ortopedia / Unidade de
Traumatologia / TEC-SMS*

CLÍNICA ORTOPÉDICA

22 OUT 2008

DEPARTAMENTOS DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO
CONTROLE E VERIFICAÇÃO
CENTRO DE SEGURANÇA PÚBLICA
CENTRO DE RESENDE CEP: 69002-470
RUA CARLOS DE SOUZA FILHO, 465 LOJA C
CENTRO DE RESENDE - RJ
TRESSENDA - PI

卷之三

DIETAS LIVRE ATÉ 22HS
VOLTAREN 75 MG IM 12/
DIPIRONA 2/8 EV DE 6/6
ELEVAR MEMBRO
S VITais 6/6HS

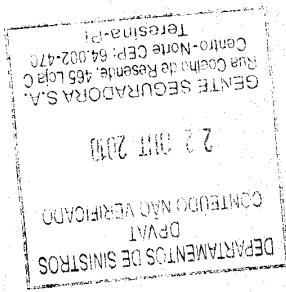
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DIFVAT
CONTEUDO NAO VERA
22 OUT 2010
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Claub de Resende, 65510-000-0420
Centro - Niterói - RJ
Teresa - RJ

CLÍNICA ORTOPÉDICA

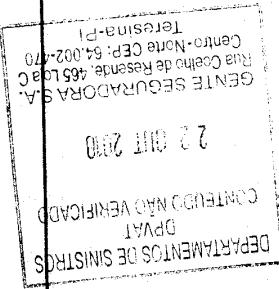
PRESSCRIÇÃO: DATA: 29/06/2018

DIETA LIVRE
SF 500 ML EV PM
CEFALOTINA 1G E
DIPIRONA 1 AMP
CURATIVO
HEPARINA 5000 U
SSVV + CCGG

| CLÍNICA ORTOPÉDICA | | | | EVOLUÇÃO MÉDICA |
|------------------------------------|-------------------------|---------|--|--|
| PREScrição: | DATA:29/06/2018 | HORÁRIO | | PAC NO 1 PO DE RED CIRURGICA FRAT DE OSSOS |
| DIETA LIVRE | | | | PERNA |
| SF 500 ML EV PMV | | | | FERIDA OK |
| CEFALOTINA 1G EV DE 4/4HS | | | | RX CONTROLE OK |
| DIPIRONA 1 AMP IM 6/6 HS S/N | | | | COND MANTIDA |
| CURATIVO | | | | |
| HEPARINA 5000 UI SC 12/ 12HS | | | | |
| SSVV + CCGG | | | | |
| HEDA | DOMINGOS FRANCA PEREIRA | | | Nº PRONTUÁRIO: 11-03 |
| | | | | Nº FI |
| HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE | | | | |



Num. 4349684 - Pág. 6




Hospital Estadual Dr. Júlio Hartman
 MAL DEODORO, CENTRO
 CENTRO, ESPERANTINA/PI - 64180-000
 CNPJ: 06553564000308
 (86) 3383-1193 - ()

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)
 Atendimento: P0163119 Registro: 61413
 Data: 22/06/2018 Hora: 17:31:00
 Funcionário: DANILLO Tipo: CONSULTA
 Sexo: MASCULINO
SUS

Senha 106

DOMINGOS FRANCA PEREIRA

Nascl.: 19/02/1984 Idade: 34 ANOS, 4 MESES, 3 DIAS Profissão:
 End.: VIEIRA, 0 - Bairro: ZONA RURAL Cidade: **ESPERANTINA/PI**
 Cor: PARDAS Telefone: () Mãe: ERENITA DE FRANCA Pai: RAIMUNDO NONATO PEREIRA

Clinica: **ENFERMAGEM** Documento: 1 - HOSPITAL ESTADUAL DR JULIO HARTMAN

Responsável: DOMINGOS FRANCA PEREIRA - O MESMO Temp.: °C Peso: Kg P.A.:

Procedimentos

22/06/2018 17:31 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

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

Queixa principal:

doença de moto

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Fratura tibial (D)

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

| DEPARTAMENTOS DE SINISTROS | Ass. Técnico |
|---|--------------|
| DPVAT | |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO | |
| 22/06/2018 | |
| GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI | |

José da Ferreira dasilva

Responsável: DOMINGOS FRANCA PEREIRA

1 - HOSPITAL ESTADUAL DR JULIO HARTMAN

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

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

Ficha de Atendimento (Formato Abreviado)

Atendimento: P0308194 Registro: 170787
Data: 23/06/2018 Hora: 03:50:00
Funcionário: SILVIA Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SUS

Senha **9****OMINGOS FRANCA PEREIRA**

ISCI.: 19/02/1984 Idade: 34 ANOS, 4 MESES, 4 DIAS Profissão: LAVRADOR
Id.: LOCALIDADE VIEIRA, O - Bairro: ZONA RURAL Cidade: ESPERANTINA/PI
GE: 1707405 Cor: SEM Mãe: EREMITA DE FRANCA Tel.: () -/(86) 9955-52695

Clinica: **ACOLHIMENTO** Documento: 1 - HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

Responsável: PRIMA JOSELIA FERREIRA - Temp.: °C Peso: Kg P.A.:

Procedimentos

23/06/2018 3:50 01

CONSULTA (ACOLHIMENTO)

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

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO

*despou 15 moto x Perce sem
copante*

Exame clínico/físico:**Diagnóstico provável:**

*Poli traumático
Fratura MID. ?*

Medicação:**Procedimentos/exames realizados:****Ass. Técnico**

Dipirona 1000mg em oftogel

Audiscaf oft pedio

T-mossi írum (D)

Inverso / inverso canav

*Dr. Vitor Carneiro
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PI 16724
R2 Clínica Médica*

*Dr. Ivan Rodrigues S...
CRM-PI 16724
R2 Clínica Médica*

Responsável: PRIMA JOSELIA FERREIRA

1 - HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE
INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

2 - CNES
8015899
4 - CNES
8015899

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
DOMINGOS FRANCA PEREIRA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
170787

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
898004030270389

8 - DATA DE NASCIMENTO
19/02/1984

9 - SEXO
Masc X 1 Fem 2

10 - NOME DA MÃE
EREMITA DE FRANCA

11 - TELEFONE DE CONTATO
(86) 9955-52695

12 - ENDEREÇO
LOCALIDADE VIEIRA, 0 - ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

ESPERANTINA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

1707405

15 - UF

PI

16 - CEP

64180-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidentado e ferido em seu pescoço e dor, fadiga

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 OUT 2018

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

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Necessita de atendimento

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

Suscus e ferido toracico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDARIO

23 - CAUSAS ASSOC.

Suspeito de fratura cervical

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Fractura cervical

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ORTOPEDIA

(x) CNS () CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

23/06/2018

35221787-34

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

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

39 - CNPJ EMPRESA
35 - () CNAE 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 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

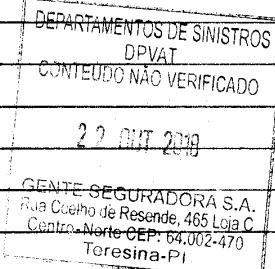
48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

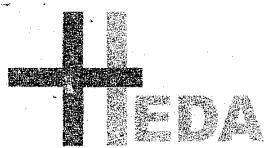


06553564015593

LAUDO CIRURGICO

| | | |
|---|-----------------------------------|---------|
| Nº DO ATEND.: 1022499 | PACIENTE: DOMINGOS FRANCA PEREIRA | |
| DIAGNOSTICO: Fractura omoplata e clavicular | OPERACAO: Reduziu e fixou | |
| DATA: 28/08/18 | INTERVENCAO: | |
| CIRURGIAO: Dr. Bruno | AUXILIARES: Dr. Oliveira | |
| ANESTESISTA: | PRE-MEDICACAO | |
| INTERVENCAO: INICIO | TERMINO | DURACAO |
| DESCRICAO DO ATO OPERATORIO (TECNICA, LIGADURA, DRENAGEM, FECHAMENTO) | | |
| <p><i>Braco direito com ferida de 10cm</i></p> <p><i>aperto seccao</i></p> <p><i>② Aperte e ligation da fratura E.</i></p> <p><i>③ Fazendo rean. cirurgica e limp. por</i></p> <p><i>④ Susto nesse tipo de fratura é</i></p> <p><i>procurar DCP eletro e paciente eletro.</i></p> | | |
| LAUDO DO ANESTESISTA | | |
| ANESTESISTA: INICIO | TERMINO | DURACAO |
| TIPO DE ANESTESIA | AGENTE | VOLUME |
| MEDICACAO N.A.S. O. | | |
| 200 | | |
| 180 | | |
| 160 | | |
| 140 | | |
| 120 | | |
| 100 | | |
| 80 | | |
| 60 | | |
| 40 | | |
| 20 | | |
| | | |





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE ANESTESIA

| | | |
|-----------------------------|--|-------------------|
| DATA: 28/06/18 | | SALA 03 |
| PRONTUÁRIO 170787 | | |

| | | | | | |
|--|---|--------------|-------------|-------|------------|
| PACIENTE <i>Domingos Freitas Pereira</i> | IDADE | DATA DE NASC | | PESO | SEXO |
| PROcedimento <i>Osteosíntese de fratura direta</i> | ESTADO FÍSICO ASA | | | | |
| PRESSÃO ARTERIAL | FC | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO | ALTURA |
| HEMOGLOBINA | HEMATOCRITO | | GLICEMIA | UREIA | CREATININA |
| OXIGÊNIO SEVOFLURANO <i>(15.30) (16.0) (17.0)</i> | | | | | |
| SG 5% (COLÓIDE) H | SF 0.9% PLASMA concentrado Hemácias | RINGER SF | | | |
| SaO ₂ (%) | | | | | |
| ETCO ₂ | | | | | |
| CÓDIGOS X - INÍCIO E FIM DA ANESTESIA • - FREQ. CARDIACA | L - PA. MÉDIA V - PA. SISTOLICA A - PA. DIASTOLICA O - TEMP. | 220 | 200 | 180 | 160 |
| 140 | 120 | 100 | 80 | 60 | 40 |
| 20 | | | | | |
| SÍMBOLOS | (*) 17.0 | 3 | 4 | 0 | (*) |
| DIURESE | INÍCIO 15.30 FIM 17.40 DURAÇÃO 2h10m | | | | |

Técnica Anestésica *Requsitos + Sedação Vantoso*
Observações:
Idade > 6 Anos

| | | | | |
|---|--|-------------------------------------|--|-------|
| <input checked="" type="checkbox"/> ECG | <input type="checkbox"/> PVC | <input type="checkbox"/> Oxigênio | <input checked="" type="checkbox"/> SpO ₂ | |
| <input type="checkbox"/> PAM | <input checked="" type="checkbox"/> PANI | <input type="checkbox"/> Capnógrafo | | |
| GASES | ℓ / min. | Inicio | Fim | Tempo |
| Oxigênio | | | | |
| Ar Medicinal | | | | |

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

| | | | | | | | |
|-----------------|-----------|-------------------|-----------|----------------------|-----------|-------------------|-------------------|
| Atropina | Amp | Dopamina | Amp | Neostigmina | Amp | Remifentanil | Amp |
| Adrenalina | Amp | Dormonid | 81 | Nipride | Amp | Ranitidina | Amp |
| Agua dest. 10ml | Amp | Efortil | 81 | Noradrenalin | Amp | Ringer-Lactado | Fras |
| Cipro 200mg | Fras | Efedrina | | Neocaina 0,5% pesada | C1 | Sufentanil | Amp |
| Cefazofina Ig | Amp | Fentanil (s/cons) | | Neocaina 0,5% Isobar | | S. fisiol. 0,9% | Fras |
| Clonidina | Amp | Fentanil (frasco) | | Onoprazol | Fras | S. glicosado 5% | Fras |
| Colóide () | Fras | Sevoflurano | Ml | Pancurônio | Amp | Atracurio | Amp |
| Dexametasona | Amp | Hidrocortisona | | Profenid | Amp | Transamin | Amp |
| Diazepam | Amp | Isoflurano | Ml | Propofol | Fras | Novabupi 0,5% v | Fras |
| Dimorf | 01 | Manitol | Fras | Protamina | Amp | Lidocaína 2 % v | Fras |
| Dipirona | Amp | Metronidazol | Fras | Quelicin | Fras | <i>Glucosa 5%</i> | 02 |
| Dabutamina | Amp | Narcan | Amp | Quetamina | Fras | <i>Bromoparax</i> | 01 |
| | | | | | | | <i>Cetorizina</i> |

Anestesiologista - CRM Dr. Samuel Darcy Véras F. de Araújo
Médico Anestesiologista
CRM-PI-14497 RQE: 2855
CRM-PI-14.341-285-ER
GFF 014.341.285-ER

Secretaria de Estado da Saúde / SESAPI
Avenida Pedro Freitas, SIN, Bloco A, Centro Administrativo
CEP 64018-900 - Teresina, Piauí, Brasil
Telefone: 86 3216.1563
www.saude.pi.gov.br



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE



HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

NOTA DE SALA DE CIRURGIA
NOME: Domingos Jomara Reiva

INICIO: HORA. TÉRMINO: HORA DURAÇÃO: HORAS
CIRURGIA: CIRURGIÃO: Bernardo
1º AUXILIAR: ANESTESISTA: Samull

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
HORAS
22 OUT 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64000-000
Tereza Cristina

MEDICAMENTOS DE SALA

| ESPECIFICAÇÃO | UNID. | QUANT. | ESPECIFICAÇÃO | UNID. | QUANT. |
|----------------------|-------|--------|------------------------------|-------|--------|
| Adrenalina | amp | | Neocaína pesada | amp | 01 |
| Agua estéril 10mL | amp | | Neocaína s/ vaso | amp | |
| Atropina | amp | | Ocitocina | amp | |
| Clorpromazina | amp | | Pancurônio | amp | |
| Dexametazona 4mg/2mL | amp | 01 | Petidina 50mg/2mL | amp | 01 |
| Diazepam 10mg | amp | | Plasil 10mg | amp | |
| Dimorf | amp | 01 | Propofol 1%, 20mL | amp | |
| Dopamina | amp | | Prostigmine | amp | |
| Dormonid 15mg/3mL | amp | | Soro Fisiológico 0,9%, 500mL | fr | 03 |
| Efortil 10mg/1mL | amp | | Soro Glicosado 5%, 500mL | fr | |
| Enflurano | mL | | Soro Ringer c/ lactato | fr | |
| Fenergam 50mg | amp | | Sulfato de Magnésio 50% | amp | |
| Fentanil | fr | | Suxametônio 100mg | fr | |
| Halotano | mL | | Tionembutal | fr | |
| Haloperidol | amp | | Transamin | amp | . |
| Ketalar | fr | | Xilocaina 2% s/ vaso | fr | |
| Methergim | amp | | Xilocaina 2% c/ vaso | fr | |
| Naloxona | amp | | Xilocaina 5% (pesada) | fr | |
| Neocaína c/ vaso | amp | | Tenoxicam | | 01 |
| Butilpirina | AMP | 01 | Bromoprida | | 01 |
| Glantilina | | 01 | Ciratolamina | | 02 |

MATERIAIS DE SALA

| ESPECIFICAÇÃO | UNID. | QUANT. | ESPECIFICAÇÃO | UNID. | QUANT. |
|--------------------------------|-------|--------|------------------------------|-------|---------|
| Abocath nº 20 | um | | Algodão c/ agulha nº | env | |
| Agulha descart. 40x12,25x7 | uma | 3, 2 | Algodão c/ agulha nº | env | |
| Agulha p/ raque nº 27 | uma | | Algodão s/ agulha nº | env | |
| Algodão ortopédico | metro | | Algodão s/ agulha nº | env | |
| Atadura de crepom tam.: 30 cm | rolo | 03 | Cat gut simples c/ agulha nº | env | |
| Atadura gessada tam.: | rolo | | Cat gut simples c/ agulha nº | env | |
| Dreno de tórax | um | | Cat Gut Crom. c/ agulha nº | env | |
| Dreno penrose | um | | Cat Gut Crom. c/ agulha nº | env | |
| Equipo p/ macrogotas | um | 01 | Mononylon nº 2-0 | env | 02 |
| Equipo p/ transfusão sanguínea | um | | Mononylon nº | env | |
| Lâmina p/ bisturi nº 24 | uma | 01 | Prolene nº | env | |
| Luva estéril nº 7,8,5,8 | par | 1,1,1 | Prolene nº | env | |
| Luva p/ proced. nº 8 | par | | Vicryl nº | env | |
| Scalp nº | um | | Vicryl nº | env | |
| Sonda foley 2 vias nº | uma | | Ustoven digramante | | 03 |
| Sonda foley 3 vias nº | uma | | O2 | mm³ | |
| Sonda nasogástrica nº | uma | | Airingas - 10, 20, 5 | | 3, 2, 1 |
| Sonda vesical simples nº | uma | | | | |
| Coletor de urina | um | | | | |
| Clamp umbilical | um | | | | |

UTILIZADO MATERIAL ÓRTESE/ PRÓTESE? SIM NÃO

QUAL O MATERIAL USADO?



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

GOVERNO
DO PIAUÍ

HOSPITAL ESTADUAL DIRceu ARCOVERDE

HOSPITAL ESTADUAL DIRceu ARCOVERDE
PARNAÍBA - PIAUÍ

PREScrição e EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



NOME Domingos França

IDADE 24 DATA 26/06/18

LEITO 24/3 DATA 26/06/18

PREScriÇÃO

HORÁRIO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

| |
|-----------------------------------|
| DEPARTAMENTOS DE SINISTROS |
| DPVAT |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO |
| 22/06/2018 |
| GENTE SEGURADORA S.A. |
| Rua Coelho de Resende, 465 Loja C |
| Centro - Norte CEP: 64.002-470 |
| Teresina-PI |

As 16:55 paciente orientado, fala com espontaneidade, responderá direita e claramente. Movimento surpreendente de dor. Segundo procedimento. Marcos Costa.

26/06/18 às 18:10 pte repouso consciente, conversando.

Dolor lumbosacral, espesso, afe-
ditil, agudizando-proced
em fibras (D).
Marcos Costa



GOBIERNO DE ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

SIGNATURA ESPECIAL DE SAÚDE

Digitized by

GOVERNO DO ESTADO

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
PARNAMirim - RJ

Hospital Estadual Dirceu Arcoverde
Parnaíba - Piauí

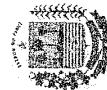
PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO MÉDICA

NOME Guilherme

IDADE

100

~~LEITO~~ 3 BATA 24/08/18



GOVERNO
DO PIAUÍ

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

NOME: Womúnia Flávia P. P. Faria

**PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO
DE ENFERMAGEM**

HEDA

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

DATA: 11/06/18

IDADE: 34 LEITO: 13 DATA: 08/06/18

| PRESCRIÇÃO | HORÁRIO | EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM | ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM |
|------------|---------|---|------------------------|
| | 15:00 | <p>Admitido no CE para medi 28/06/18. Ao 22:20hs paciente sente ondulado, fôlego rítmico, pressão arterial normal, pulso regular, C.C. Negrinho da Entrada em remédio pelo Amigo. Eliminação livre, orientado, malas, e apneias leves persistem. Sócio psos cuidados de as 20h de dia 27/06/18 biquapé.</p> <p>Fernanda Alívio dos Santos ENFERMEIRA DE SERVIÇO</p> <p>(Sic) Sócio psos cuidados de nega alergia, nem queixas</p> <p>Quando venoso em M.S. dia 29/06/18 às 14:35 pôde clomica de Enfermagem visto consciente, orientado comunicativo, eupneico, alerta, andar bem dietas cereais oleosides, sem gaseiros de dor no mar- menjo, — Manos suados</p> | |



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

| | | | |
|--|----------------------|--------------------------|----------------|
| Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: | Nome completo da vítima: | |
| | 03055277384 | DOMINGOS FRANCIA PEREIRA | |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA / BENEFICIÁRIO CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 | | | |
| Nome completo: | Profissão: | Endereço: | CPF: |
| DOMINGOS FRANCIA PEREIRA | Lavrador | LOCALIDADE VIEIRA II | 030.552.773.84 |
| Bairro: | Idade: | Estado: | Número: |
| ZONA RURAL | SAO JOAO DO ARAUACAL | PI | Complemento: |
| Email: | | Tel. (DDD): | 86 994994528 |

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

| | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) |
| <input type="checkbox"/> Bradesco [237] <input type="checkbox"/> Itaú [341] | Nome do BANCO: _____ |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil [001] <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | |
| AGÊNCIA: [30341] [085] CONTA: [029.532] [3] | 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.

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 quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não | 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.

| | |
|--|------------------|
| Local e Data: ESPERANTINA, 18 DE OUTUBRO 2018. | TESTEMUNHAS |
| Nome: _____ | 1º Nome: _____ |
| CPF: _____ | OPF: _____ |

(*) Assinatura de quem assina AROO

DOMINGOS FRANCIA PEREIRA
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
OPF: _____

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
Assinatura: _____
2º | Nome: _____
OPF: _____

22 OUT 2018

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

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



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

1299 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 109376.000694/2018-73

Unidade de Registro: 13ª DRPC - ESPERANTINA

Resp. pelo Registro: Antonio JosÉ De SÁ Castro

Data/Hora: 18/10/2018 - 09:53

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE ESPERANTINA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

ESPERANTINA

Endereço

LOC BOI VELHO, Nº:

Complemento

480908

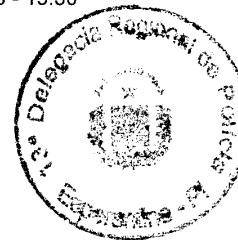
Data/Hora

22/06/2018 - 15:30

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência



DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: DOMINGOS FRANCA PEREIRA

RG: 2804092 PI

Mãe: EREMITA DE FRANCA

Pai: RAIMUNDO NONATO PEREIRA

Endereço: LOC VIERA, Nº

Complemento: ZONA RURAL

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: ESPERANTINA

Telefone(s): 86-9478-3688

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA. CG 125

Ano: Placa: Chassi:

2003 LVX4906 9C2JC30213R636127

Renavam:

806063874

Cor:

Vermelha

Condutor: DOMINGOS FRANCA PEREIRA

RG: 2804092 Órgão: UF RG: PI

End: LOC VIERA Número: Complemento: ZONA RURAL

Cidade: ESPERANTINA UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Proprietário: JOSE AFONSO ALVES DA SILVA

Cidade: ESPERANTINA UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

Noticia que foi vítima de acidente de transito, instante em que conduzia a motocicleta, acima caracterizada, colidiu num suíno, vindo a cair; Que foi socorrido pelo FERNANDO que o conduziu para o Hospital Dr. Julio Hartman, em Esperantina-PI; Que em consequencia ao acidente o noticiante disse que sofreu fratura na perna direita e escoriações pelo corpo; Que foi transferido para o Hospital Dirceu Arcos, em Parnaíba-PI, onde passou por intervenção cirúrgica na referida perna.

Antonio José De Sá Castro - Mat. 0385093
USUÁRIO ADMINISTRATIVO

DOMINGOS FRANCA PEREIRA - Noticiante
Responsável pela Informação

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSÉ AFONSO ALVES DA SILVA,
RG nº 1130614, data de expedição 11/10/2007
Órgão SSP, portador do CPF nº 479 183 063-68 com
domicílio na cidade de ESPERANTINA, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
LOCALIDADE PONDA VELHA, nº 570,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
menionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Domingos França Pereira cujo o condutor era _____.

Veículo: H16TC

Modelo: HONDA/CB125 TITAN KSE

Ano: 2003

Placa: LVR-41406

Chassi: 4L2JL30X13R636627

Data do Acidente: 22/10/2018

Local e Data: ESPERANTINA, 18 OUTUBRO 2018

José Afonso Alves da Silva

Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 OUT 2018

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

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

CARTÓRIO DEDEUS C LAGES - 1º OFICIO
MARIA DE DEUS CARVALHO LAGES - TABELIA
CNPJ - 06 842 995/0001-09 - CNS 07 941-8
PRACA LEONIDAS MELO - CENTRO - N°42, ESPERANTINA - PIAUÍ

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOSÉ AFONSO ALVES DA SILVA. EM TEST. DA VERDADE. DOU FÉ. ESPERANTINA, 18/10/2019 09:35:16

Ricardo
KELLY COELHO SILVA LAGES - ESCREVENTE
Emol. R\$ 3,71 TJ: R\$ 0,74 Selo: R\$ 0,26 Total: R\$ 4,71



CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado, Após

284-826253691-4

11/01/2018 HORA DF 10:25:24

TERM 025773

LOT. 16.022075-0 LOCALIDADE: ESPERANTINA

AG. VINCULADA: 3834 CONTROLE: 284100356

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUPI CAIXA FACIL

NAME: DOMINGOS FRANCA PEREIRA

AGENCIA: 3834

OPERACAO: 013

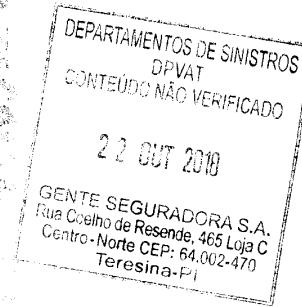
CONTA-DV: 000.000.029.532-3

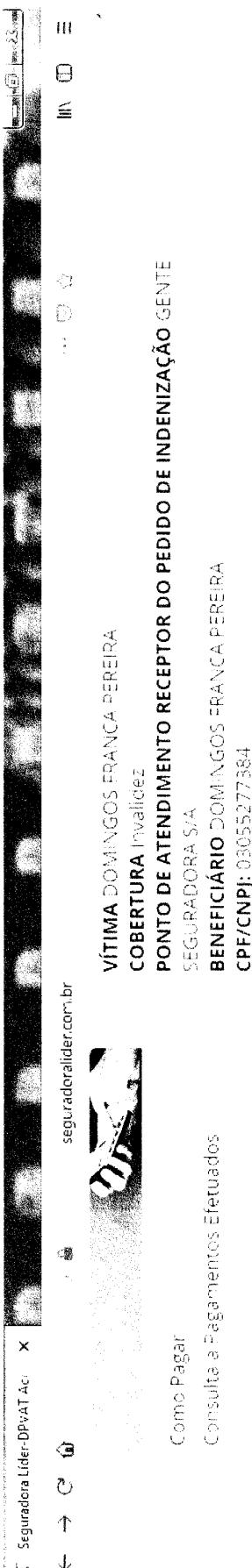
DATA DA ABERTURA: 11/10/2018

LOTERIAS CAIXA

284-826253691-4

1ª VIA





Posição em 20-02-2019 10:54:19

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco "confirmar" o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

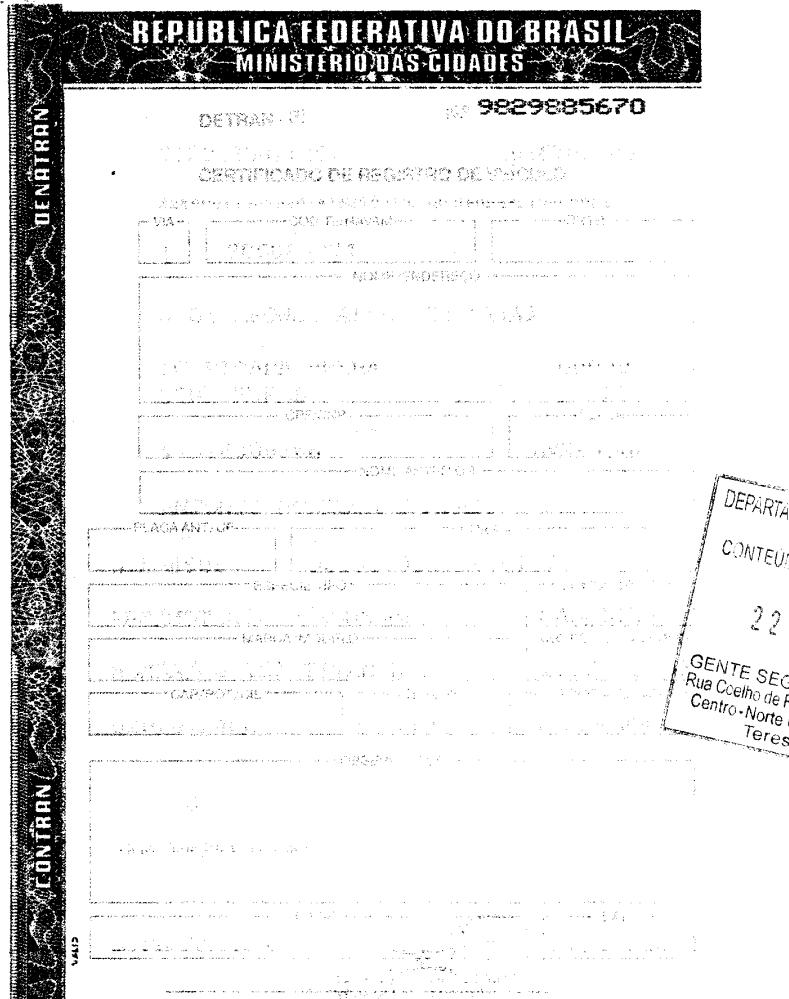
Clique aqui para saber sobre o endamento do seu pedido de licença.

卷之三

AVISO DE SUSPENSÃO

[Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT](#)





**DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

22 GUT 2019

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

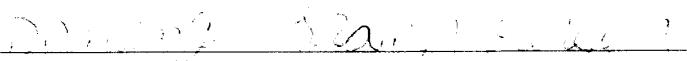
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: DOMINGOS FRANÇA PEREIRA, brasileiro, trabalhador rural, inscrito no CPF sob o nº 030.552.773-84, portador do RG de nº 2.804.092 SSP-PI, residente e domiciliado na Localidade Vieira II, s/nº, zona rural, São João do Arraial-PI, CEP 64.155-000.

OUTORGADOS: FRANCISCO DOMINGOS SILVA SANTOS, advogado regularmente inscrito nos quadros da OAB/PI sob o nº 16.495, e-mail jdyfranciscosantos10@gmail.com, e FRANCISCO WENEY NECO DA SILVA, advogado regularmente inscrito nos quadros da OAB/PI sob o nº 14.805, com endereço profissional à Rua. Leonardo das Dores, nº 696, centro, Esperantina-PI onde recebe intimações.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração o outorgante infra-assinado nomeia e constitui seu bastante procurador e advogado o outorgado qualificado acima, com a cláusula "***AD JUDICIA***", conforme artigo 105 do Novo Código de Processo Civil, além dos especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se finda a ação, receber e dar quitação, firmar compromisso, assinar declaração de hipossuficiência, para, em conjunto ou separadamente, representá-lo perante qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado, a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-lo nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, praticando, enfim, todo e qualquer ato necessário ao bom e fiel cumprimento do presente mandato, podendo, inclusive, substabelecer no presente mandato, com ou sem reservas de poderes.

Piracuruca-PI, 20 de fevereiro de 2019.


DOMINGOS FRANÇA PEREIRA