


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO ESTADO DO PIAUÍ

Domingos Franca Pereira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2.804.092 DATA DE EMISSÃO 19/01/06

DOMINGOS FRANCA PEREIRA

EREMITA DE FRANÇA
PRIMUNDO NONATO PEREIRA

ESPERANTINA-PI DATA DE NASCIMENTO 19/02/1984

CERT.NASC. 44536 L 46A F 171V
EXP.ESPERANTINA-PI 18/12/03

LEI Nº 7.116 DE 24/08/83

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

Nome

Nascimento

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

22 OUT 2010

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

CORREIOS

Embalado

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	FCAM	22/06/2018
		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		54 A R\$ 0,476959 =	25,75
MAR/18	86	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		4,50
FEV/18	82	SUBVENCAO BAIXA RENDA		33,92
JAN/18	79	CORRECAO MONETARIA IG 03/18-00		24,92
DEZ/17	81	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:
0 A 00 - 0,204240
01 A 04 - 0,350136

Mes/Ano Valor R\$ 05/2018 49,29

Unidade com parcela em atraso e a ser paga em 20 (vinte) dias, o vencimento de 29/06/2018, em razão de 03 (três) parcelas realizadas nesta fatura, o não pagamento poderá gerar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA, informações ainda existentes em nossos sistemas e já realizadas no valor de R\$ 0,14 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 036 0800 E FAÇA OPCAO 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

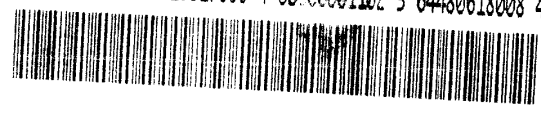
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
22 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

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

836000000000 7 49910017000 4 0000001102 3 64480618008 4

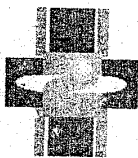


DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA DE RENDA


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
MIELÓCITOS	00 %	0
METAMIELOCITOS	00 %	0
BASTONETES	02 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
SEGMENTADOS	70 %	0 a 4 % Até 400 /mm ³
BASÓFILOS	00 %	36 a 66 % 2000 a 7500 /mm ³
EOSINÓFILOS	00 %	0
LINFÓCITOS	24 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
MONÓCITOS	04 %	0 a 4 % 100 a 400 /mm ³
LINFÓCITOS ATÍPICOS	00 %	2 a 8 % 200 a 800 /mm ³
CONTAGEM GERAL	100,00	0
PLAQUETAS	230.000 /mm ³	100%
OBSERVAÇÕES		150.000 a 400.000 /μL

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

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]
 3860-VALDENISE CARVALHO DE SOUSA

o laboratório realiza diariamente teste de controle de qualidade antes das realizações dos exames. Hematologia (Advia 60) com revisão em lamina: Bioquímica (Bio 200)



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

PACIENTE: <u>DOMINGOS Franca Pereira</u>	ALERGIA A:
DATA: <u>28/06/2018</u>	HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A: <u>17:05</u>
CIRURGIA REALIZADA: <u>Inal. Tibia (D)</u>	<u>Não</u>
TIPO DE ANESTESIA: <u>Raquin</u>	
INTERCORRÊNCIAS INTRAOPERATÓRIAS:	

SINAIS VITAIS	HORÁRIOS									
	ADMISSÃO	15'	30'	45'	60'	1h30	2h	2h30	3h	SAÍDA
P.A.	109x52	107x54	111x60	112x59	119x50					
F.C./PULSO	59	64	55	53	51					
TEMPERATURA	34,5	33,0	33,3	33,5	3					
OXIMETRIA	99	99	99	100						
FREQ. RESPIRATÓRIO	21	20	19	18						

Escala de Aldrete e Krorlik:

ÍNDICE DE ALDRETE-KROOLINK MODIFICADO	Admissão	15'	30'	45'	60'	SAÍDA
CONSCIÊNCIA Completamente acordado = 2 Desperta ao chamado = 1 Não responde ao Chamado = 0	1	1	1	2	2	2
ATIVIDADE MOTORA Move 4 extremidades = 2 Move 2 extremidades = 1 Não movimenta = 0	1	1	1	2	2	2
RESPIRAÇÃO Profunda ou tosse livremente = 2 Limitada, dispneia = 1 Apnéia = 0	2	2	2	2	2	2
CIRCULAÇÃO 20% do nível pré- anestésico = 2 20 - 49% do nível pré- anestésico = 1 50% do nível pré- anestésico = 0	2	2	2	2	2	2
SpO₂ Mantém SpO ₂ > 92% em ar ambiente = 2 Mantém SpO ₂ > 90% em O ₂ = 1 Mantém SpO ₂ < 90% em O ₂ = 0	2	2	2	2	2	2
TOTAL DE PONTOS APTO A ALTA: 8 A 10 PONTOS	8	8	8	9	10	

Alta da SRPA com 10 pontos, às 19 horas. Anestesiologista: Dr. Samuel Darcy Vargas de Araújo

Escala da dor:

Ao Chegar na SRPA	Ao Sair da SRPA
<p>(Sem Dor) 0 1 2 3 4 5 (Dor Máxima)</p>	<p>(Sem Dor) 0 1 2 3 4 5 (Dor Máxima)</p>

Escala Modificada de Bromage (para os pacientes submetidos a anestésias regionais: Raqui-anestesia ou Anestesia Peridural):

Parâmetro	Valor
Sem 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	3

Secretaria de Estado da Saúde
Av. Pedro Freitas s/n - Centro Administrativo - Bloco A
(86) 3216-3898 - 64018-200 - Teresina-PI

22 OUT 2018

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

Hospital Estadual Dirceu Arcoverde
Rua Rodrigo Coimbra, nº 1650 - Rodoviária
(86) 3323-7188 - 64216-470 - Parauapeba-PI
www.heda.pi.gov.br

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SRPA

Admissão:

Necessidades	Características	Observação
Necessidades neurológicas	Comportamento: <input checked="" type="checkbox"/> calmo; () agitado; () agressivo; () apático. Nível de consciência: () acordado; () sonolento; () lúcido; () sonolento. Dor: <input checked="" type="checkbox"/> ausente; () presente. Local	
Necessidade respiratória	Via aérea: <input checked="" type="checkbox"/> púrvia; () parcialmente obstruída. AP: () MV ⁺ ; () roncos; () sibilos () estertores. Nível ventilatório: () Traqueostomia; () Intubação traqueal; () Oxigenoterapia por máscara de Venturi; () Oxigenoterapia por cateter de O ₂ ; <input checked="" type="checkbox"/> ar ambiente.	
Necessidades cardiovasculares	FC: <input checked="" type="checkbox"/> normal ___ bpm; () bradicardia ___ bpm; () taquicardia ___ bpm.	
Necessidades gastrointestinais	() SNG; () SNE; () Gastrostomia; () Jejunostomia; () Ostomia Náuseas: <input checked="" type="checkbox"/> ausente; () presente. Vômitos: <input checked="" type="checkbox"/> ausente; () presente. Abdome: () plano; () globoso; <input checked="" type="checkbox"/> flácido; () distendido.	
Necessidades renais	Diurese: <input checked="" type="checkbox"/> ausente; () espontânea; () SVA; () SVD.	
Necessidades tegmentares	<input checked="" type="checkbox"/> Hidratado; () Desidratado; () Corado; () Ictérico; () Edemaciado. Acesso: <input checked="" type="checkbox"/> AVP; () dissecação venosa; () punção jugular; () punção de subclávia.	
Incisão cirúrgica	<input checked="" type="checkbox"/> Limpa () Parcialmente embebida de sangue () Totalmente embebida em sangue. Dreno: () Penrose; () torácico; () sucção.	

Responsável: Lucia Enfermeira Rita

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.		
() 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 Krorlik		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> 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 </div>		
AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM:		

Condições na alta da SRPA:

Estado de vigília	() acordado; () sonolento; () lúcido; () sonolento.
Nível ventilatório	() Traqueostomia; () Intubação traqueal; () Oxigenoterapia por máscara de Venturi; () Oxigenoterapia por cateter de O ₂ ; () ar ambiente.
Curativo	
Dreno	Tipo: _____ Observação: _____
Diurese	() espontânea; () SVA; () SVD.
Pertences	() 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. Confirmando que recebi explicações, li, compreendo 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 previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondi 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 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: 3383-1193
 HOSPITAL SOLICITANTE: Julio Hartman MUNICIPIO: Esperantina
 MÉDICO: Alexandre CRM: 2497

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 898.0040.3027.0389

Nome: Domingos Franca Pereira dn: 19/10/2/84
 Idade: 34 anos Sexo: Masculino () Feminino
 HDA: paciente de acidente automobilístico, com
fratura da mão.
Fratura Aberta (D).

ESCALA DE GLASGOW: <u>15</u>	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 22 JUN 2018	RESPOSTA MOTORA
ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	6 - Obedece a comandos
4 - Espontânea	5 - Orientado	5 - Localizado
3 - Comandos	4 - Confusa	4 - Movimento de retirada
2 - A dor	3 - Palavras inapropriadas	3 - Flexão anormal
1 - Nenhuma	2 - Palavras incompreensíveis	2 - Extensão anormal
	1 - Nenhuma	1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS
 Tax _____ °C P: _____ bpm R: _____ mrm PA: _____ mmHg Sat O₂ _____ Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

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

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DESTINO: ME A
 Hospital: ORTOPEDIA
 Clínica / Posto: _____ Senha: 20180622062581
 Assinatura e Carimbo do Médico: [Assinatura]

CNPJ: 06.553.564/0003-06
 HOSPITAL ESTADUAL DR
 JÚLIO HARTMAN DR
 Rua Marechal Deodoro, nº 341
 Centro CEP: 64.180-000
 - ESPERANTINA-PI

CLINICA ORTOPEDICA

PRESCRIÇÃO:	DATA: 23/06/18	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA
DIETA LIVRE			PAC COM FRATURA OSSOS PERNA
VOLTAREN 75 MG IM 12/12HS			SOLICITADO EXAMES PRE OP
DIPIRONA 2/8 EV DE 6/6HS SN			
ELEVAR MEMBRO			
S VITAIS 6/6HS			

Dr. Domingos França
 CRM 20233 TEOR 0906
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002-470
 Teresina - PI

HEDA

DOMINGOS FRANÇA



Nº DO PRONTUÁRIO: **11**
 Nº FI: **3**

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

PRESCRIÇÃO: DATA: 25/06/2018		EVOLUÇÃO MÉDICA	
DIETA LIVRE DIPIRONA 1 CP VO 6/6 HS S/N ₂ DICLOFENACO 1 CP VO 12/ 12HS S/N ₂ SSVV + CCGG		FRATURA TIBIA PRE OP OK	
HEDDA		Nº DO PRONTUÁRIO: 11-03	
CENTRO DE ESPECIALIDADES		Nº FI	
DOMINGOS FRANCA PEREIRA			

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 22 OUT 2010
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

SUPER B. Linares
 Oropéda Fracturas
 CRM 3534 / TEOR 9846

CLÍNICA ORTOPÉDICA		
PRESCRIÇÃO:	DATA: 27/06/2018	HORÁRIO
DIETA LIVRE DIPIRONA 1 AMP IM 6/6 HS S/N DICLOFENACO 1 CP VO 12/ 12HS S/N HEPARINA 5000 UI SC 12/ 12HS SSVV + CCGG	 	EVOLUÇÃO MÉDICA FRATURA TIBIA PRE OP OK
HEDA HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE		DOMINGOS FRANCA PEREIRA
		N° DO PRONTUÁRIO: 11-03
		N° FI

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

CLÍNICA ORTOPÉDICA

PRESCRIÇÃO:	DATA: 26/06/2018	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA
DIETA LIVRE DAPIRONA 1 CP VO 6/6 HS S/N - DICLOFENACO 1 CP VO 12/ 12HS S/N - HEPARINA 5000 UI SC 12/ 12HS SSW + CCGG 20h. P.A. 100 x 70 mmHg		18 19 20 21 22 23 24 25 26	FRATURA TIBIA PRE OP OK
HEDA HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE		DOMINGOS FRANCA PEREIRA N° DO PRONTUÁRIO: 11-03 N° FI	

DEPARTAMENTOS DE SIMTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 22 JUN 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho da Resende, 463 Loja 0
 Centro - Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

Manoel B. Linhares Jr.
 Fone 3344 / TECT 0846
 Fone 3344 / TECT 0846
 Fone 3344 / TECT 0846



HOSPITAL ESTADUAL DR JULIO 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
 Funcionario: DANILO Tipo: CONSULTA
 Sexo: MASCULINO

Senha 106

SUS

DOMINGOS FRANCA PEREIRA

Nasc.: 19/02/1984 Idade: 34 ANOS, 4 MESES, 3 DIAS Profissão: CPF: - RG: 2.804.092 - SUS: 898004030270389
 End.: VIEIRA, 0 Bairro: ZONA RURAL Cidade: **ESPERANTINA/PI** Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64180-000
 Cor: PARDA 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:

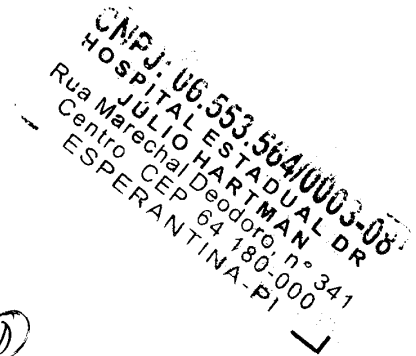
QUEIXA DE MODO

Exame clinico/fisico:

Diagnostico provavel:

Medicação:

FRASCOM TIBROL (D)



Procedimentos/exames realizados:

<i>* Voltarem 75 (m)</i>	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS Ass. Técnico DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 22 JUN 2018 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI
<i>* Dipirona - 200mg (m)</i>	

Dr. Alexandre Farias Ribeiro
 Clínica Médica - Geriatria
 CRM-PI 2005

Jessica Ferreira da Silva

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 (Pronto Atendimento)
 Atendimento: P0308194 Registro: 170787
 Data: 23/06/2018 Hora: 03:50:00
 Funcionario: SILVIA Tipo: CONSULTA
 Sexo: MASCULINO

Senha 9

SUS

OMINGOS FRANCA PEREIRA CPF: - RG: 2804092 - SUS: 898004030270389
 Idade: 34 ANOS, 4 MESES, 4 DIAS Profissão: LAVRADOR Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64180-000
 Localidade: LOCALIDADE VIEIRA, 0 - 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
 Responsavel: 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
afogou 15 metros X Poço sem

Exame clinico/fisico: *copoate*

Diagnostico provavel: *Poli traumatismo
Fratura MID. ?*

Medicação:



Procedimentos/exames realizados:	Ass. Técnico
<i>Diagnóstico Amplo em urgência</i>	
<i>Análise de alto padrão</i>	
<i>Exame físico</i>	
<i>Intervenção / acompanhamento</i>	
<i>Dr. Vitor Carneiro Ortopedia, Traumatologia CRM 3470</i>	

Dr. Ivan Rodrigues
 CRM-PI 6724
 R2 Clínica Médica

Responsavel: 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
 2 - CNES: 8015899
 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
 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 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 - COD. IBGE MUNICÍPIO: 1707405
 15 - UF: PI
 16 - CEP: 64180-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente e fratura em péna E a dor, fadiga

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Necessário + todo exame

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura simples péna E.

21 - CID PRINCIPAL 22 - CID SECUNDÁRIO 23 - CAUSAS ASSOC.

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: *Redução e imobilização*
 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA: ORTOPEDIA
 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: URGÊNCIA
 28 - DOCUMENTO: (x) CNS () CPF
 29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 35217817-34

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: *Dr. Paulo Sousa*
 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 23/06/2018
 32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM): *Dr. Paulo Sousa*

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
 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
 49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

45 - DOCUMENTO: () CNS (x) CPF
 46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
 48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE



HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

NOTA DE SALA DE CIRURGIA

NOME: Domingos Jomay Ruyva
 INICIO: _____ HORA. TÉRMINO: _____ HORA DURAÇÃO: _____
 CIRURGIA: _____ CIRURGIÃO: Bernardo
 1º AUXILIAR: _____ ANESTESISTA: Samuel

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 HORAS
22 OUT 2010
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002-470
 Teresina

MEDICAMENTOS DE SALA

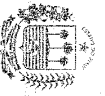
ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.
Adrenalina	amp		Neocaína pesada	amp	01
Água estéril 10mL	amp		Neocaína s/ vaso	amp	
Atropina	amp		Ocitocina	amp	
Clorpromazina	amp		Pancurônio	amp	
Dexametazona 4mg/2mL	amp	01	Petidina 50mg/2mL	amp	01
Diazepam 10mg	amp		Plasil 10mg	amp	
Dimorf	amp	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
Etildrina	AMP	01	Bromoprida		01
Clonidina		01	erolantina		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		estovos diamante		03
Sonda foley 3 vias nº	uma		02	mm ³	
Sonda nasogástrica nº	uma		alças - 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
Piauí

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

PARNAÍBA - PI



Hospital Estadual Dirceu Arcoverde
Parnaíba - Piauí

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO
MÉDICA

NOME

IDADE

LEITO

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO DE MEDICAÇÃO

QUANT.

EVOLUÇÃO MÉDICA

Dr. Dirceu Arcoverde

11/3

28/06/14

1001 - oporção

1) Dose 200 mg

com 4x4x3 em 4 dias

2) 500 mg, 1000 mg

3) Ceftazidime 1,0g Em

4) 914 mg

5) 1) piquete 2.000 mg

4.000 mg

6) 1) 1000 mg

2) 1000 mg

3) 1000 mg

4) 1000 mg

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
Terésina-PI

*receita por
por parte
de*

*Dr. José Carlos Sousa Filho
Ortopedista / Traumatologista
CRM: 2829-TEOF/0508*

*Dr. Dirceu Arcoverde
Ortopedista
CRM: 2829-TEOF/0508*

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: _____ OFF da vítima: 03055277384 Nome completo da vítima: DOMINGOS FRANÇA PEREIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO CIRCULARSUSEP Nº 445/2012

Nome completo: DOMINGOS FRANÇA PEREIRA CPF: 030.552.773/84

Profissão: LAVRADOR Endereço: LOCALIDADE VEIRA II Número: SIN Complemento: _____

Bairro: ZONA RURAL Cidade: SÃO JOÃO DO ARRABAL IBAUÍ Estado: MA CEP: 64155-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): 86994994528

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:
 RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

Bradesco (237) Itai (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3834 016 CONTA: 029.532 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 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.

Local e Data: ESPERANTINA, 18 DE OUTUBRO 2018.

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

DOMINGOS FRANÇA PEREIRA
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

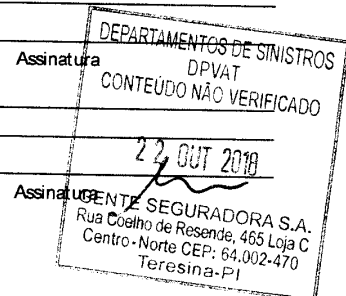
CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



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

480909

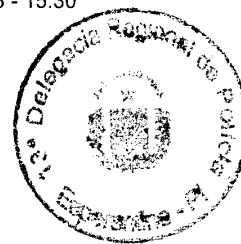
Data/Hora

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

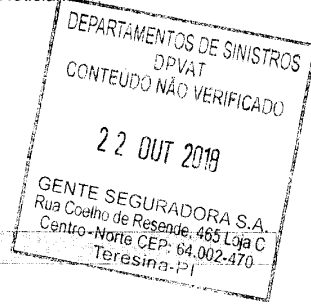
Complemento: ZONA RURAL

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:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - HONDA	CG 125	2003	LVX4906	9C2JC30213R636127	806063874	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

Notícia que foi vítima de acidente de trânsito, 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 consequência ao acidente o noticiante disse que sofreu fratura na perna direita e escoriações pelo corpo; Que foi transferido para o Hospital Dirceu Arcoverde, 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 1230619, 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

PIAUI, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

LOCALIDADE PICADA VELHA, nº 511,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima DOMINGOS FRANCIA REDEIRA cujo o condutor era

_____.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/CB125 TITAN KSE

Ano: 2003

Placa: LUX-41406

Chassi: 9L2TL30213R636127

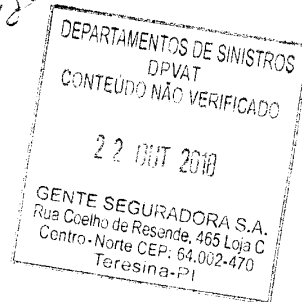
Data do Acidente: 22/06/2018

Local e Data: ESPERANTINA, 18 OUTUBRO 2018



José Afonso Alves da Silva

Assinatura do Declarante



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

CARTÓRIO DE DEUS C LAGES - 1º OFÍCIO

MARIA DE DEUS CARVALHO LAGES - TABELA

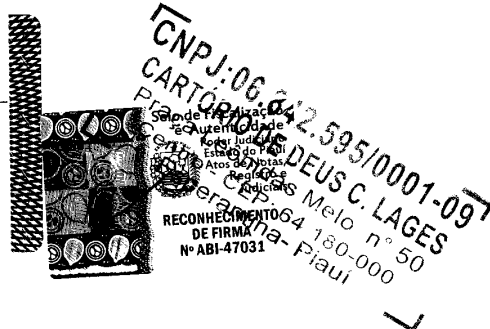
CNPJ: 06.842.595/0001-09 - CNIS: 07.941-9

PRAÇA LEONIDAS MELO, CENTRO - Nº 42, ESPERANTINA - PIAUÍ

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOSÉ AFONSO ALVES DA SILVA. EM EST. DA VERDADE. DOU FÉ. ESPERANTINA, 18/10/2019 09:36:16

Kelly Coelho Silva Lages

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



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado. Apos

284-826253691-4

11/001/2018

HORA DF 10:25:24

LOT. 16.022075-0

TERM 025773

LOCALIDADE: ESPERANTINA

AG. VINCULADA: 3834

CONTROLE: 284100356

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUF CAIXA FACIL

NOME: DOMINGOS FRANCA PEREIRA

AGENCIA: 3834

OPERACAO: 013

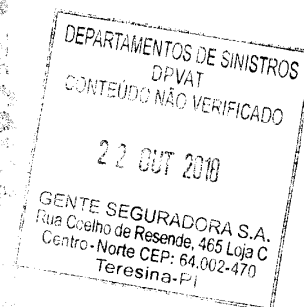
CONTA-DV: 000.000.029.532-3

DATA DA ABERTURA: 11/10/2018

LOTerias CAIXA

284-826253691-4

1ª VIA





Como Pagar
Consulta a Pagamentos Efetuados

VÍTIMA DOMINGOS FRANCA PEREIRA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE
SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO DOMINGOS FRANCA PEREIRA
CPF/CNPJ: 03055277384



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.

31/10/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50
------------	--------------	----------	--------------

24/10/2018 | Aviso de Sinistro

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

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 advfranciscosantos10@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