Tribunal de Justiça do Piauí
PJe - Processo Judicial Eletrônico

24/09/2019

Número: **0800749-52.2019.8.18.0030**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Oeiras**
Última distribuição : **31/05/2019**
Valor da causa: **R$ 13.500,00**
Assuntos: **Seguro**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LOURIVAL GOMES DE SOUSA (AUTOR)	**JOSE SILVA BARROSO JUNIOR (ADVOGADO)**
LOURIVAL GOMES DE SOUSA JUNIOR (AUTOR)	**JOSE SILVA BARROSO JUNIOR (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
5317692	10/06/2019 23:09	Lourival Gomes e Saulo Emanuel. DPVAT	Documentos

JOSÉ BARROSO JR.
ADVOCACIA E CONSULTORIA

PROCURAÇÃO *AD JUDICIA ET EXTRA*

OUTORGANTE

LOURIVAL GOMES DE SOUSA, brasileiro, casado, lavrador aposentado, RG 438.770 SSP/PI, CPF 227.404.493-72, residente e domiciliado na Localidade Boqueirão, zona rural do município de Oeiras/PI.

OUTORGADO(S)

JOSÉ SILVA BARROSO JÚNIOR, advogado OAB/PI 9.870, e **ARLEY RAFAEL SANTOS BARROSO**, advogado OAB/PI 12.470, ambos com escritório profissional na cidade de Oeiras, Estado do Piauí, na Avenida Cândido Aleixo, nº 234, Edifício Elias Barroso, Bairro Centro, endereço eletrônico josebarrosojr@gmail.com.

PODERES

Os mais amplos, gerais e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicia", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possam, em qualquer instância, tribunal, repartição pública, órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, propor ações e procedimentos de qualquer natureza, defender nas que forem propostas, cíveis ou penais, reconvir, recorrer, promover medidas cautelares, arrolar, inquirir, contraditar e recusar testemunhas, produzir provas, arrazoar processos, requerer vistas dos mesmos, concordar com cálculos, custas e contas processuais, podendo ainda, fazer defesas prévias, alegações finais, formar os documentos necessários, efetuar levantamentos, requerer laudos, avaliações e perícias, bem como arguir suspeição, falsidade e exceção, transigir, celebrar acordo, confessar, renunciar, desistir, impugnar, receber e dar quitação, levantar e sacar alvarás judiciais e requisições de pequeno valor (RPVs), perante toda e qualquer instituição bancária, pública ou privada, requerer abertura de inventário ou arrolamentos, assinar termo de compromisso de inventariante, de renúncia, bem como substabelecer o presente, com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier, dando tudo por bom, firme e valioso.

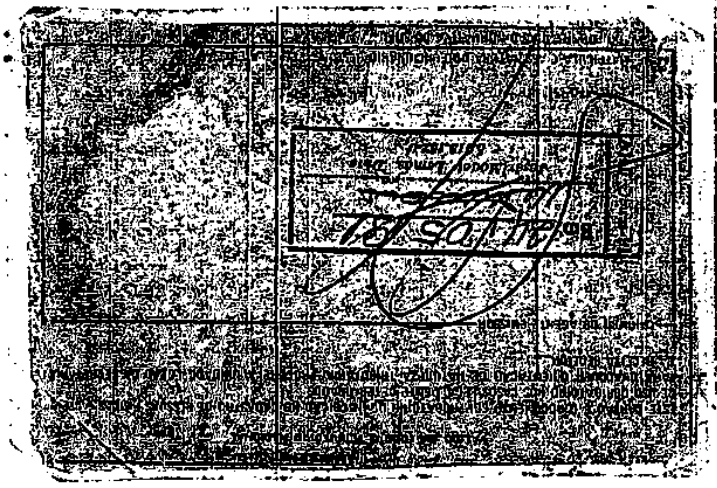
Oeiras, 23 de abril de 2019.

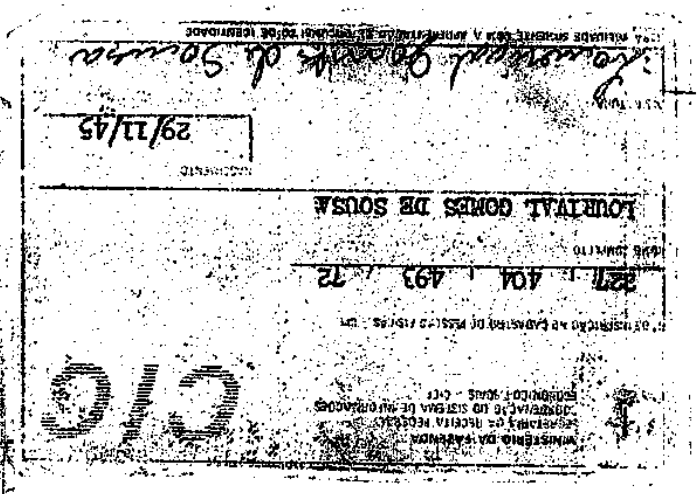
Lourival Gomes de Sousa

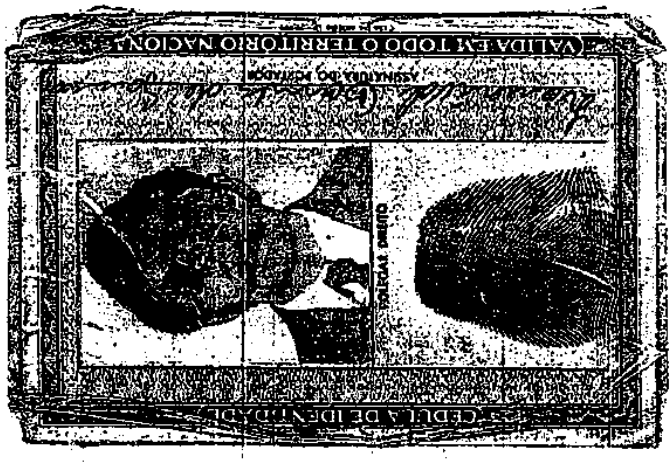
OUTORGANTE

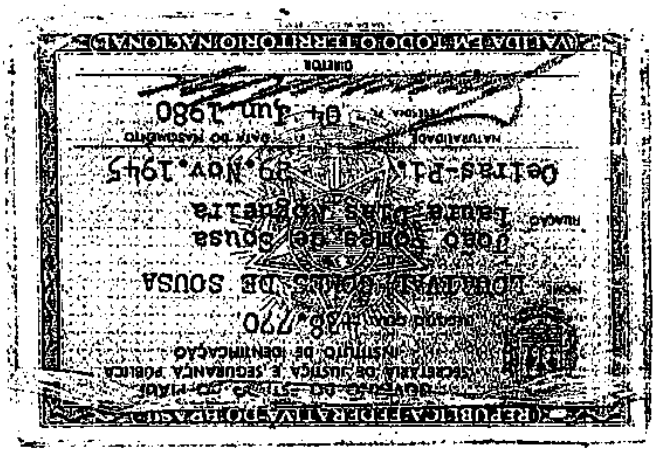
FLORIANO • PIAUÍ
RUA FERNANDO MARQUES, 873 • CENTRO

OEIRAS • PIAUÍ
AVENIDA CÂNDIDO ALEIXO, 243 • CENTRO
FONE: (89) 3462 1308
JOSEBARROSOJR@GMAIL.COM









JOSÉ BARROSO JR.
ADVOCACIA E CONSULTORIA

PROCURAÇÃO *AD JUDICIA ET EXTRA*

SAULO EMANUEL FERREIRA DA CRUZ SOUSA, menor impúbere, nº 06 representado pelo seu genitor, LOURIVAL GOMES DE SOUSA JÚNIOR, RG 2.039.645 CPF 049.137.948-96, com domicílio na localidade Loguinho, Oeiras/PI

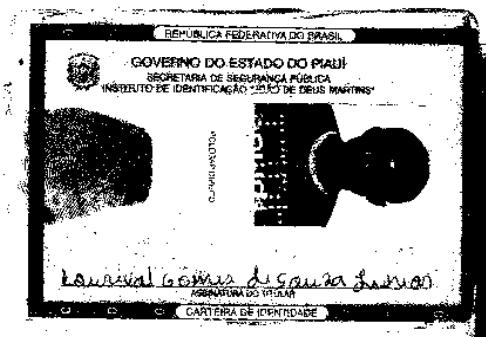
nomeia e constitui como seus Procuradores e Advogados: **JOSÉ SILVA BARROSO JÚNIOR**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito regularmente junto à OAB/PI sob o número 9.870, e **LARA VANESSA MOREIRA GUIMARÃES**, brasileira, solteira, advogada, inscrita regularmente junto à OAB/PI sob o número 8.781, ambos com escritório profissional na cidade de Oeiras, Estado do Piauí, na Avenida Cândido Aleixo, nº 234, Edifício Elias Barroso, Bairro Centro, endereço eletrônico josebarrosojr@gmail.com, aos quais confere os mais amplos, gerais e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicia", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possam realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive requerer falência e concordata, apresentar e ratificar queixas-crimes, propor quaisquer ações, defender nas que forem propostas, cíveis ou penais, reconvir, promover quaisquer medidas cautelares, recorrer em qualquer instância ou tribunal, arrolar, inquirir, contraditar e recusar testemunhas, produzir provas, arrazoar processos, requerer vistas dos mesmos, concordar com cálculos, custas e contas processuais, podendo ainda, fazer defesas prévias, alegações finais, formar os documentos necessários, efetuar levantamentos, requerer laudos, avaliações e perícias, bem como arguir suspeição, falsidade e exceção, transigir, celebrar acordo, confessar, renunciar, desistir, impugnar, receber e dar quitação, firmar compromissos, requerer abertura de inventário ou arrolamentos, assinar termo de compromisso de inventariante, de renúncia, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o outorgante seja autor ou reclamante e defendendo-o, na condição de réu bem como substabelecer o presente, com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier, dando tudo por bom, firme e valioso. O presente mandato pode ser revogado a qualquer tempo, e, nesse caso, para este exclusivo fim, fica nomeado desde já o Advogado **JOSÉ SILVA BARROSO JÚNIOR,** que assinando isoladamente representará a todos que figurem neste instrumento procuratório, ou que venham a ter poderes conferidos por substabelecimento ulterior à data da outorga primeira.

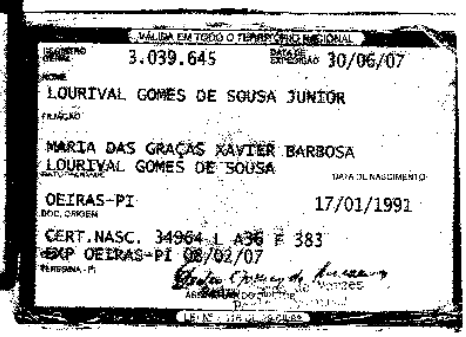
Oeiras, 31 maio de 2016.

Lourival Gomes de Sousa Junior
OUTORGANTE

FLORIANO • PIAUÍ
RUA FERNANDO MARQUES, 873 • CENTRO

OEIRAS • PIAU
AVENIDA CÂNDIDO ALEIXO, 243 • CENTRO
FONE: (89) 3462 1308
JOSEBARROSOJR@GMAIL.COM


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"
CARTEIRA DE IDENTIDADE


VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
3.039.645
30/06/07
LOURIVAL GOMES DE SOUSA JUNIOR
MARIA DAS GRAÇAS XAVIER BARBOSA
LOURIVAL GOMES DE SOUSA
OEIRAS-PI
17/01/1991
CERT.NASC. 34964 L A36 F 383
EXP OEIRAS-PI 08/02/07

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Selo de Fiscalização e Autenticidade
Poder Judiciário Estado do Piauí Ofícios de Notas Registros e Justiça
CERTIDÃO
AAA 32086

REGISTRO CIVIL
ESTADO DO PIAUÍ
COMARCA DE OEIRAS
MUNICÍPIO DE OEIRAS
CARTÓRIO DO SEGUNDO (2º) OFÍCIO
Fórum "Des. Cândido Martins" –Praça das Vitórias, 10 - CEP-64.500-000

Mª do Espirito Santo da S. F. Piauiense = Oficial Substituta =

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que às fls. 081 do livro 93-A, sob nº de Ordem 20.733, foi lavrado o assento do nascimento **de SAULO EMANUEL FERREIRA DA CRUZ SOUSA, do sexo masculino, nascido no** dia vinte e nove de outubro de dois mil e sete (29/10/2007) às 4h10 em Oeiras-PI, no Hospital Regional Deolindo Couto//
Filho(a) de **LOURIVAL GOMES DE SOUSA JÚNIOR//**
e de **Dona** **MARIELMA FERREIRA DA CRUZ//**
e **avós paternos** Lourival Gomes de Sousa//
e **Dona** Maria das Graças Xavier Barbosa//
e **avós maternos** xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx//
e **Dona** Francisca da Guia Ferreira da Cruz//
O assento foi lavrado em 07 de novembro de 2007, tendo sido declarante o pai da registrado//
e serviram de testemunhas: Francisco das Chagas Ferreira e Cioneide Maria Pereira Torres.
Observações: Nada há a ressalvar.
O referido é verdade e dou fé.

Oeiras (PI), 21 de novembro de 2007.

Serventia Oficializada

Maria da Cruz Pereira dos Santos
=OFICIAL DO REGISTRO CIVIL=

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.002335/2016-05

Unidade de Registro: **Resp. pelo Registro: Eder Marques Camarço**

Data/Hora: 23/06/2016 - 08:42

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DP DE OEIRAS

Data/Hora
31/05/2016 - 07:10

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Município
OEIRAS

Bairro
OUTROS - ZONA URBANA

Endereço
LOCALIDADE CHICO SENHORINHA, ZONA RURAL DE OEIRAS, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LOURIVAL GOMES DE SOUSA JUNIOR Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante
RG: 3039645
Mãe: MARIA DAS GRAÇAS CHAVIER BARBOSA
Pai: LOURIVAL GOMES DE DOUSA
Endereco: LOCALIDADE CHICO SENHORINHA, Nº
Bairro: OUTROS - ZONA RURAL
Cidade: OEIRAS
Telefone(s): 89-9443-4057

Nome: LOURIVAL GOMES DE SOUSA Tipo Envolv VITIMA
RG: 438770
Mãe: LAURA DIAS NOGUEIRA
Pai: JOAO GOMES DE SOUSA
Endereco: LOCALIDADE CHICO SENHORINHA, Nº
Bairro: OUTROS - ZONA RURAL
Cidade: OEIRAS

Nome: SAULO EMANUEL FERREIRA DA CRUZ SOUSA Tipo Envolv.: VITIMA
Mãe: MARIELMA FERREIRA DA CRUZ
Pai: LUURIVAL GOMES DE SOUSA JUNIOR
Endereco: LOCALIDADE CHICO SENHORINHA, Nº
Bairro: OUTROS - ZONA RURAL
Cidade: OEIRAS

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 - OUTRAS.	Outros	2012	ODX2494	951BAKJC5CB000079	463799933	Vermelha

Condutor: LOURIVAL GOMES DE SOUSA
End: LOCALIDADE CHOCO SENHORINHA Número: Complemento:
Cidade: OEIRAS UF: PI Bairro:
Proprietário: LOURIVAL GOMES DE SOUSA
Cidade: OEIRAS UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

Afirma o noticiante que o seu pai o senhor Lourival Gomes de Sousa trafegava de condutor e seu Filho Saulo Emanoel Ferreira da Cruz Sousa de garupa na motocicleta acima citada na estrada carroçal que liga a localidade tabocas a P.I-236, sentido P.I 236; que ao entrar na P.I-236 uma motocicleta bros nao identificada colidiu com o mesmo; que em consequência do acidente o pai do noticiante sofrera forte pancada na cabeça e escoriaçoes pelo corpo; que seu filho sofrera decepamento de um dos dedos do pé

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.002335/2016-05

esquerdo, metade do dedao do mesmo pé e escoriações.

Elenilton De Moraes Rego - Mat. 2867630
AGENTE DE POLÍCIA

Lourival Gomes de Sousa Junior
LOURIVAL GOMES DE SOUSA JUNIOR - Noticiante
Responsável pela Informação

Antônio Milton A. de Moura
Delegado de Polícia Civil
Mat. 271.223-7
Delegado de Polícia

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PI 9020160079474 Nº01230208302 6
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	E.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	463799933		2016

NOME
LOURIVAL GOMES DE SOUSA
****
****

CPF / CNPJ	PLACA
22740449372	ODX-2494

PLACA ANT / UF	CHASSI
-	951BAKJC5CB000079

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NENHUMA	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
TRAXX/JH125F	2011	2012

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
002P/133CC	PARTIC	VERMELHA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
		1ª IPVA
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2ª
		3ª PAGO

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

OBSERVAÇÕES
SEM-RESTRICOES

LOCAL	DATA
OEIRAS	29/4/2016

ARÃO MARTINS DO REGO LOBÃO
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

CONTRAN

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

PI Nº 012302083026 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodetransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2016	29/4/2016

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	22740449372	ODX-2494

RENAVAM	MARCA / MODELO
463799933	TRAXX/JH125F

ANO FAB.	CAT. DEC.	Nº CHASSI
2011	09	951BAKJC5CB000079

PRÊMIO TARIFÁRIO

FHS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
129,03	14,33	143,36

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)
4,15	1,10	292,01

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
[X] COTA ÚNICA [ ] PARCELADO	28/04/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA
GERÊNCIA DE POLICIA DO INTERIOR
10ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE OEIRAS
FONE (89) 3462-1313

Oeiras - PI

Certidão de Inexistência de I.M.L.

CERTIFICO a requerimento de parte interessada, (Senhor LOURIVAL GOMES DE SOUSA e SAULO EMANUEL FERREIRA DA CRUZ SOUSA) e por ser a expressão da verdade que, nas cidades que pertencem a circunscrição da **10ª DRPC: Oeiras-PI,** Colônia do Piauí-PI, Wall Ferraz-PI, São Francisco do Piauí-PI, São Miguel do Fidalgo-PI, Santa Rosa-PI, Cajazeiras - PI, São João da Varjota-PI, Santa Cruz do Piauí-PI, Paquetá do Piauí, **não existe IML (Instituto de Medicina Legal),** acrescentando que o único do Estado do PIAUÍ está localizado em Teresina-PI.

Era o que tinha a certificar. Eu, *Ivan Monteiro e Carvalho*, escrivão ad-hoc que digitei.

Oeiras, 21 de julho de 2016.

Bel. Ivan Monteiro de Carvalho
Mat. 108410-X
Agente de Policia

HUT - ORTOPEDIA 1.0

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Saulo Emanuel Ferreira da Costa de Sousa

DATA DE NASCIMENTO: 29/10/2007

PROFISSÃO:

SEXO: MASC.: [X] FEM.: [ ]

Nº DOCUMENTO DO PACIENTE: CN.079 095 029 55 20071.00093 081 00207 374

Nº DO CARTÃO NACIONAL DO SUS DO PACIENTE: 898 0027 7235 5197

RAÇA / COR:

BRANCA [ ] PRETA [ ] AMARELA [ ]

PARDA [X] INDÍGENA [ ] SEM INFORMAÇÃO [ ]

FILIAÇÃO:

PAI:

MÃE: Marilma Ferreira da Cruz

ENDEREÇO: Povoado Buquinhas Zona Rural

MUNICÍPIO: Oeiras

ESTADO: Piauí

CEP:

DADOS SOBRE O ATENDIMENTO

DATA: 31 / 05 / 2026

HORA: 8:33

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Menor, vítima de acidente motociclístico, conduzido por SAMU de Tanque do Piauí, colisão (moto x moto), apresentando perda de tecido do dorso do pé e do 1º quirodactilo do pé (E), perda de falange do 2º quirodactilo do pé (E), relatado em MID com imobilização.

ATUAL GRÁFICA E PAPELARIA - FONE: (88) 3462-1762

20260531002

P. A	PULSO	TEMP	BCPM	Sp02

DIAGNÓSTICO

CID 10

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

TERAPIA MEDICAMENTOSA	☐	CONSULTA ORTOPÉDICA	☐
PACIENTE EM OBSERVAÇÃO	☐	PEQUENA CIRURGIA	☐
CONSULTA MEDICAMENTOSA	☐	IMOBILIZAÇÃO	☐

TRATAMENTOS REALIZADOS

- DOLANTINA 1 AMP EV 09:30
- CEFTRIAXONA 1 g EV

EXAMES REALIZADOS

OUTROS

ASSINATURA E Nº DO COREN DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM

ASSINATURA E CBO DO MÉDICO ASSISTENTE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

x José Francisco Gomes de Souza

ATUAL GRÁFICA E PAPELARIA - FONE: (89) 3482-1782

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-UPA 24 H

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: SAULO EMANOEL FERREIRA DA CRUZ DE SOUSA | Prontuário: 5715

Mãe: | Pai:

End.Resid.:

Nascimento: | Idade: | Sexo: | Fone:

Responsável: | CNS:

Profissão: | Documento:

G. Instrução: | E.Civil:

End.Local.:

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 30675 | Entrada: 31/05/2016 12:57:59 | Convênio:

Motivo da Procura:

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresent: | Area Incidência: | Classificação: | Cor: Laranja

Ass.Profissional Clas. Risco

(Hora: ____:____)

DADOS CLÍNICOS:

EXAMES COMPLEMENTARES:

PRESCRIÇÃO MEDICA:

9:30

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: / / HORA: :

João Ricardo Costa Maciel CRM-PI: 3701

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Saulo Emanuel Ferreira da Cruz Sousa

DATA: 31/05/16.

			DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
MANHÃ			Realizado imobilização em MIE (Panturrilha e pé) com algodão ortopédico + malha ortopédica, ataduras gerundas, ataduras + crepom.	Francisca Maria dos S. Bispo Técnica em Enfermagem COREN: 700457
	X	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
		0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
		0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
		0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
		0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
		0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
		0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
		0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
		0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

			DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
TARDE				
		0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
		0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
		0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
		0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
		0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
		0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
		0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
		0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
		0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

			DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
NOITE				
		0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
		0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
		0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
		0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
		0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
		0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
		0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
		0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
		0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Saulo Emanuel Ferreira da Costa Sousa

DATA: 31/05/2016

	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
MANHÃ			Realizado limpeza em pé (E) Utilizado SF0,9%, Água oxigenada, degermante, gazes, compressas, luvas	Jamyla Vitória de Moura Pacheco Enfermeira COREN
	X	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
		0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
		0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
		0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
		0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
		0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
		0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
		0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
		0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
TARDE				
		0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
		0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
		0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
		0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
		0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
		0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
		0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
		0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
		0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
NOITE				
		0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
		0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
		0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
		0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
		0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
		0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
		0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
		0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
		0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
		0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

GOVERNO DO PIAUÍ

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTENCIA A SAÚDE - SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE , AVALIAÇÃO , REGULAÇÃO E AUDITORA - DUCARA
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO - OEIRAS - PIAUÍ

HRDC

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANFERENCIA

DATA___/___/___ HORA:___/___/___ Nº DO TELEFONE:_____

HOSPITAL SOLICITANTE_____MUNICIPIO:_____

MÉDICO:_____CRM:_____

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:_____

Idade :_____ anos Sexo: (X) Masculino ( ) Feminino

HDA:_____

ESCALA DE GLASGOW:_____

ABERTURA OCULAR	RESPÓSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
4- Espontânea	5- Orientado	6- Obedece a comandos
3- Comandos	4- Confusa	5- Localiza dor
2- A dor	3- Palavras inapropriadas	4- Movimento de retirada
1- Nenhuma	2- Palavras incompreensíveis	3-Flexão anormal
	1- Nenhuma	2- Extensão anormal
		1- Nenhuma

SINAIS VITAIS
T ax.____°C F:____bpm R:____mrm PA:____mmHg Sat O_2 99 Glicemia: 95 mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

( ) Oxigênio (X) Hidratação Venenosa_____
( ) Aspiração ( ) Medicação_____
( )Curativo ( ) Outros:_____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

_____

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HUT

Clínica / Posto:_____Senha: 0105311001

João Ricardo Costa
Médico
CRM-PI: 3701

Assinatura e carimbo do Médico

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE
ASSEPLAN / CENTRO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade: [illegible]	Para HUT
Nome da Pessoa Encaminhada: [illegible]	Registro
Motivo do Encaminhamento: [illegible] EXPOSTA [illegible]	
Observações: [illegible] TC [illegible]	

30/05/16 Data	João Ricardo Costa Médico CRM-PI [illegible] Responsável pelo Encaminhamento

OBS: Deve ser Arquivada o Centro da Saúde, Unidade Mista e Hospitalar local ou regional.

FICHA RETORNO

Da Unidade:	Para
Nome do Cliente	Registro Original

Diagnóstico e Orientações:

/ / Data	Responsável pelo Encaminhamento

OBS: Esta Ficha deverá ser devolvida ao local da origem através do próprio paciente devidamente fechada.

- Gráfica e Papelaria - Telefone (89) 462-1762 - Oeiras - PI

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE
ASSEPLAN / CENTRO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade:

Para

Nome da Pessoa Encaminhade:

Registro

Motivo do Encaminhamento:

Observações:

João Ricardo [illegible]
Médico
CRM-PI: 3701

/ / Data

Responsável pelo Encaminhamento

OBS: Deve ser Arquivada o Centro da Saúde, Unidade Mista e Hospitalar local ou regional.

FICHA RETORNO

Da Unidade:

Para

Nome do Cliente

Registro Original

Diagnóstico e Orientações:

/ / Data

Responsável pelo Encaminhamento

OBS: Esta Ficha deverá ser devolvida ao local da origem através do próprio paciente devidamente fechada.

- Gráfica e Papelaria - Telefax: (89) 462-1762 - Oeiras - PI

UPA24h **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-UPA 24 H**

Av. Totonho Freitas, 657 Oeiras Nova - Fone: 86 3234 7074

OEIRAS-PI CEP: 64500-000 CNPJ: 06.553.564/0013-11

UPA 24h

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 31/05/2016 [illegible]

DADOS DO PACIENTE:

Nome: LOURIVAL GOMES DE SOUSA		**Prontuário:**	16878
Mãe: LAURA DIAS NOGUEIRA	**Pai:** JOAO GOMES DE SOUSA		
End.Resid.: NOGUEIRAO - ZONA RURAL - OEIRAS - PI - CEP: 64500-000			
Nascimento: 29/11/1945	**Idade:** 71a6m23d	**Sexo:** Masculino	**Fone:** [illegible]
Responsável: O MESMO		**CNS:**	
Profissão:		**Documento:** RG: [illegible] -	
G. Instrução: Não informado		**E.Civil:** Casado(a)	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 30683	**Entrada:** 31/05/2016 14:17:25	**Convênio:** S U S

Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresent	Area Incidência:	Classificação:	Cor:
Emergência por Trauma	Crânio e Face	Dor intensa (07/10)	Laranja

Sinais Vitais Clas. Risco:
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, COLISÃO (MOTOXMOTO), CONDUZIDO PELO SAMU DE TANQUE DO PIAUI, DEU ENTRADA CONSCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO, GLASGOW 15, APRESENTANDO CORTE-CONTUSO NA REGIÃO CRANIANA, ESCORIAÇÕES EM MSD, FERIMENTO (MANDIBULA E ZIGOMA) E ZONA PERIORBITAL E NEGA ALÉRGIA MEDICAMENTOSA E DOENÇAS CRÔNICAS. P.A: 150X90 MMHG

Em: [illegible]

Ass.Profissional Clas. Risco:

SSVV: (Hora: ____:____)

Peso:	0,00 Kg	Altura:	0,00 M	IMC:	0,00 Kg/m²	Pulso: 0 bmp	Pressão: 0 mmHg

DADOS CLÍNICOS:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, COLISÃO (MOTOXMOTO), CONDUZIDO PELO SAMU DE TANQUE DO PIAUI, DEU ENTRADA CONSCIENTE, ORIENTADO, FÁSICO, GLASGOW 15, APRESENTANDO CORTE-CONT

EXAMES COMPLEMENTARES:

TC CRANIO

PRESCRIÇÃO MEDICA:

[illegible] DOMICIL [illegible]
[illegible]
DIPIRONA 2ML EV [illegible]
MANITOL EV [illegible]
CEFTRIAXONA 02 AMP SORO [illegible]
DEXAMETA EV [illegible]

DR. ENFERMARIA
COREN - [illegible]

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

ENCAMINHADO PARA OUTRA UNIDADE **DATA:** / / **HORA:** : :

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

P. A	PULSO	TEMP	BCPM	Sp02

DIAGNÓSTICO

11:45

PA 200x70mmHg glic. 200 mmHg

CID 10	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

TERAPIA MEDICAMENTOSA	☐	CONSULTA ORTOPÉDICA	☐
PACIENTE EM OBSERVAÇÃO	☐	PEQUENA CIRURGIA	☐
CONSULTA MEDICAMENTOSA	☐	IMOBILIZAÇÃO	☐

TRATAMENTOS REALIZADOS

S. F 1000 500

+ Ranital 100 - SVC

Dolorsic

Cimetidina

Tf Cipro

Lusinaldo
COREN 106
Téc. Enfermagem

EXAMES REALIZADOS

S G 500

Dr. Antonio Renato Junior
Médico
CRM

Glicose - EU 11:51

OUTROS

- Cetoprofeno EV 2:20

ASSINATURA E Nº DO COREN DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM

Tomou glicose - EU

ASSINATURA E CBO DO MÉDICO ASSISTENTE

11:52

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Humberto de Sousa
TEC. ENFERMAGEM
COREN PI 106

ATUAL GRÁFICA E PAPELARIA - FONE: (89) 3482-1762

- Ranitidina - EV
- Enfoprazol - EV
- Buscopan + Dipirona EV

Senha: 2016 0531 0057

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: [illegible]

DATA DE NASCIMENTO: 04/[illegible]/1949

PROFISSÃO:

SEXO: MASC [X] FEM.: [ ]

Nº DOCUMENTO DO PACIENTE: [illegible]

Nº DO CARTÃO NACIONAL DO SUS DO PACIENTE:

RAÇA / COR:

BRANCA [ ] PRETA [ ] AMARELA [ ]

PARDA [X] INDÍGENA [ ] SEM INFORMAÇÃO [ ]

FILIAÇÃO:

PAI: [illegible]

MÃE: [illegible]

ENDEREÇO: [illegible]

MUNICÍPIO: [illegible]

ESTADO: [illegible]

CEP: 64.500-000

DADOS SOBRE O ATENDIMENTO

DATA: 31 / 05 / 2016

HORA: 07:31

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Paciente conduzido pela SAMU de Tomazina do Piauí, vítima de acidente motociclístico (colisão moto x moto) apresenta corte extenso em couro cabeludo, região da cabeça, deformação em MSE, ferimento em orelha (E), equimose periorbital (E). [illegible]

Jessica de Moura Cardoso
Enfermeira
COREN-PI: [illegible]

ATUAL GRÁFICA E PAPELARIA - FONE: (69) 3442-1782

[illegible]

Jessica de Moura Cardoso
Enfermeira
COREN-PI: 469272

P. A	PULSO	TEMP	BCPM	Sp02

DIAGNÓSTICO

11:45

PA 200x90mmHg glic. 200 mmHg

CID 10	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- TERAPIA MEDICAMENTOSA ☐
- PACIENTE EM OBSERVAÇÃO ☐
- CONSULTA MEDICAMENTOSA ☐
- CONSULTA ORTOPÉDICA ☐
- PEQUENA CIRURGIA ☐
- IMOBILIZAÇÃO ☐

TRATAMENTOS REALIZADOS

S. P 1000

+ Rulgal 100 mg

Dolo 21 c

Clonidina

TT Cipro

EXAMES REALIZADOS

S. G. 500

Antonio Rodrigues Junior Médico CRM 1151

OUTROS

- Cefalotina 1g EV 9:20

ASSINATURA E Nº DO COREN DO AUXILIAR DE ENFERMAGEM

ASSINATURA E CBO DO MÉDICO ASSISTENTE Manutenção Glicose EV

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ATUAL GRÁFICA E PAPELARIA - FONE: (89) 3482-1762

- Manitol EV
- Furosemida EV
- Bicarbonato de Sódio

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-UPA 24 H

Av. Potenio Freitas, 655 Ocrim Nova - Fone: (86) 3343-3075

OEIRAS-PI CEP: 64500-000 CNPJ: 06.553.564/0013-72

UPA 24h

Ficha de Prescrição e Evolução Médica

Consulta: 30683

Imp: 31/05/2016 14:33:04

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: LOURIVAL GOMES DE SOUSA		Prontuário: 16878	Local:		Leito:
Tipo Sanguineo:	Fator RH:	Peso (Kg): 0,00	Altura (M): 0,00	IMC (Kg/m2): 0,00	

ITEM:	PRESCRIÇÃO MÉDICA:	HORÁRIO:
	SF 500MCL [illegible] SG 500 [illegible] OMEPRAZOL EV [illegible] MANITOL EV [illegible] HIDANCAL 02 AMP [illegible] DIAZEPAN EV [illegible] SONDA VESICAL [illegible] TRANSFERENCIA PARA HUT [illegible] CEFALOTINA EV [illegible] [illegible] TRAMADOL + GLICOSE EV [illegible] OMEPRAZOL EV [illegible] NEOSPERIDA + ABD EV [illegible]	
	[illegible]	

SINAIS VITAIS:

HORA:	T:	P:	R/SatO2:	PA:	Dor:	Glicemia	Diurese
[illegible]				[illegible]			
[illegible]				[illegible]		[illegible]	
[illegible]				[illegible]		245	300ml
17:32	36,5	82	98	170x90		202	600ml

REGISTROS DE ENFERMAGEM:

[illegible]

Assinado eletronicamente por: JOSE SILVA BARROSO JUNIOR - 10/06/2019 23:09:26
https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061023092662900000005097121
Número do documento: 19061023092662900000005097121

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-UPA 24 H

Av. Tocantins Ferreira, 657 Oeiras Nova - Fone: 86 3724 7041

OEIRAS-PI CEP: 64500-000 CNPJ: 06.553.584/0013-71

UPA 24h

Ficha de Prescrição e Evolução Médica

Consulta: 30683

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Imp: 31/05/2019 14:33:04

Nome: LOURIVAL GOMES DE SOUSA		Prontuário: 16878	Local:	Leito:
Tipo Sanguineo:	Fator RH:	Peso (Kg): 0,00	Altura (M): 0,00	IMC (Kg/m2): 0,00

ITEM:	PRESCRIÇÃO MÉDICA:	HORÁRIO:
	SF 500MCL [illegible] SG 500 [illegible] OMEPRAZOL EV [illegible] MANITOL EV [illegible] [illegible]DANTAL 02 AMP SORO [illegible] [illegible]IACEFAN EV [illegible] SONDA VESICAL [illegible] TRANSFERENCIA PARA HUTC[illegible] [illegible]FALOVIRA EV [illegible] [illegible] [illegible]RAMSAMIN + GLICOSE EV [illegible] OMEPRAZOL EV [illegible] [illegible]CODRIA + ABD [illegible]	

SINAIS VITAIS:							
HORA:	T:	P:	R/SatO2:	PA:	Dor:	Glicemia	Diurese

REGISTROS DE ENFERMAGEM:

GOVERNO DO PIAUÍ

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTENCIA A SAÚDE - SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORA - DUCARA
HOSPITAL REGIONAL DECLINDO COUTO - OEIRAS - PIAUÍ

HRDC

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANFERENCIA

DATA: 10/06/19 HORA: ___/___/___ Nº DO TELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE: HRDC MUNICIPIO: _____

MÉDICO: _____ CRM: _____

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

( ) Obstetrícia (X) Trauma ( ) Clínico ( ) Cirúrgico ( ) Psiquiatria ( ) Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Manoel [illegible]

Idade: 45 anos Sexo: (X) Masculino ( ) Feminino

HDA: [illegible]

ESCALA DE GLASGOW: _____

ABERTURA OCULAR	RESPÓSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
4- Espontânea	5- Orientado	6- Obedece a comandos
3- Comandos	4- Confusa	5- Localiza dor
2- A dor	3- Palavras inapropriadas	4- Movimento de retirada
1- Nenhuma	2- Palavras incompreensíveis	3-Flexão anormal
	1- Nenhuma	2- Extensão anormal
		1- Nenhuma

SINAIS VITAIS
T axi ____ °C F: ____ bpm R: ____ mrm PA: ____ mmHg Sat O_2 ____ Glicemia: ____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

( ) Oxigênio ( ) Hidratação Venenosa _____
( ) Aspiração ( ) Medicação _____
( ) Curativo ( ) Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HUT

Clínica / Posto: Neurocirurgia Senha: [illegible]

Assinatura e carimbo do Médico

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE
ASSEPLAN / CENTRO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade: UPA	Para: H. UT
Nome da Pessoa Encaminhada: Lanoel Gomes de Sousa	Registro
Motivo do Encaminhamento: HEMIPARESIA DIREITA [illegible]	
Observações:	

31/05/16
Data

Responsável pelo Encaminhamento

OBS: Deve ser Arquivada o Centro da Saúde, Unidade Mista e Hospitalar local ou regional.

FICHA RETORNO

Da Unidade:	Para
Nome do Cliente	Registro Original
Diagnóstico e Orientações:	

/ /
Data

Responsável pelo Encaminhamento

OBS: Esta Ficha deverá ser devolvida ao local da origem através do próprio paciente devidamente fechada.

- Gráfica e Papelaria - Telefax: (89) 462-1762 - Oeiras - PI

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Manoel Gomes da Silva

DATA: 24 / 05 / 19

	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
MANHÃ			
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
TARDE	Realizado SVD, hidratação com soro fisiológico 0,9% 1000 ml, soro glicosado 5% 500 ml, expansores plasmáticos, albumina (procedimento cobrado) [illegible] gel 10 mL.		Jéssica de Moura Cruz[illegible] Enfermeira [illegible] COREN-[illegible]
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
X	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
NOITE			
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

SID Serviço de Imagem e Diagnóstico

CNPJ: 09.294.123/0001-57 - Av: Totonho Freitas, 240 – Oeiras/PI
Telefone: (89) 3462-4441 - CEP: 64500-000

Nome: *Lourival Gomes de Sousa* *Número:* *15088*
Data Exame: *31/05/2016*

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

RELATÓRIO

O exame tomográfico computadorizado do crânio realizado com cortes de 5 mm de espessura na região infra-tentorial e de 10 mm de espessura na região supra-tentorial, evidencia:

- Pequeno hematoma intraparenquimatoso frontal esquerdo, medindo 2,6 x 1,5cm, associado a pequeno hematoma subaracnoideo com 0,4cm de espessura. Os hematomas determinam discreto efeito compressivo sobre as estruturas adjacentes, com redução volumétrica do ventrículo lateral esquerdo e pequeno desvio contra-lateral das estruturas da linha média.
- Observa-se pneumoencéfalo associado a fratura frontal esquerda, adjacente aos hematomas descritos.
- Restante do parênquima encefálico com coeficiente de atenuação normal.
- Observa-se importante acentuação dos sulcos corticais associada a alargamento das cisternas basais.
- Restante do sistema ventricular com forma e dimensões dentro dos limites da normalidade. Não há sinais tomográficos de hidrocefalia.
- Tronco cerebral visível, hemisférios cerebelares e vérmis com coeficientes de atenuação e morfologia preservados.
- Material com coeficiente de atenuação de partes moles ocupando as células etmoidais bilaterais e parcialmente o compartimento esquerdo do seio esfenoidal podendo corresponder a sinusorragia.
- Calcificações ateromatosas em artérias carótidas internas intracranianas.
- Aumento de volume e densidade de partes moles em região fronto-orbitária esquerda associado a enfisema subcutâneo.

LEONARDO ROBERT DE CARVALHO BRAGA
CRM-PI 627

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: _____

DATA: 31 / 05 / 2016

	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
MANHÃ			
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
TARDE			
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
NOITE			
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

SID Serviço de Imagem e Diagnóstico

CNPJ: 09.294.123/0001-57 - Av: Totonho Freitas, 240 – Oeiras/PI
Telefone: (89) 3462-4441 - CEP: 64500-000

Nome: *Lourival Gomes de Sousa*

Número: *15088*
Data Exame: *31/05/2016*

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. **Pequeno hematoma intraparenquimatoso frontal esquerdo, associado a pequeno hematoma subarcnoideo com 0,4cm de espessura. Os hematomas determinam discreto efeito compressivo sobre as estruturas adjacentes, com redução volumétrica do ventrículo lateral esquerdo e pequeno desvio contra-lateral das estruturas da linha média.**
2. **Observa-se pneumoencéfalo associado a fratura frontal esquerda, adjacente aos hematomas descritos.**
3. **Redução volumétrica encefálica compatível com a faixa etária do paciente.**
4. **Calcificações ateromatosas em artérias carótidas internas intracranianas.**
5. **Aumento de volume e densidade de partes moles em região fronto-orbitária esquerda associado a enfisema subcutâneo.**

LEONARDO ROBERT DE CARVALHO BRAGA
CRM-PI

Nome: *Lourival Gomes de Sousa* *Número:* *246*
Médico: *Joassan Perys Antônio de Araújo* *Data Exame:* *13/01/2019*

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

RELATÓRIO

O exame tomográfico computadorizado do crânio realizado com cortes de 5 mm de espessura na região infratentorial e de 10 mm de espessura na região supratentorial, evidencia:

- Lesão hipoatenuante em lobo frontal esquerdo, córtico-subcortical , podendo corresponder a encefalomalácia / gliose .
- Restante do parênquima encefálico com coeficiente de atenuação normal.
- Observa-se importante acentuação dos sulcos corticais associada a alargamento das cisternas basais.
- Sistema ventricular com forma e dimensões dentro dos limites da normalidade. Não há sinais tomográficos de hidrocefalia.
- Tronco cerebral visível, hemisférios cerebelares e vermis com coeficientes de atenuação e morfologia preservados.
- Estrutura óssea do crânio: preservada.
- Seios paranasais visíveis normais.
- Ateromatose calcificada em sifão carotídeo.
- Imagem nodular , com atenuação de partes moles , de localização cutânea em região parietal direita , podendo corresponder a nêvus cutâneo , medindo 1,0 cm .
- Imagem nodular nos planos subcutâneos da região occipital direita , medindo 1,0 cm , podendo corresponder a linfonodo ou cisto sebáceo. Correlacionar com US específico.
- Ausência de outras alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. **Redução volumétrica encefálica compatível com a faixa etária do paciente.**
2. **Lesão hipoatenuante em lobo frontal esquerdo, córtico-subcortical (Encefalomalácia / gliose).**
3. **Ateromatose calcificada em sifão carotídeo.**
4. **Imagem nodular , com atenuação de partes moles , de localização cutânea em região parietal direita , podendo corresponder a nêvus cutâneo .**
5. **Imagem nodular nos planos subcutâneos da região occipital direita , podendo corresponder a linfonodo ou cisto sebáceo. Correlacionar com US específico.**

Leonardo Robert de Carvalho Braga
CRM 1667

LOURINAL GOMES
SINISTRO 3160550603

SN 63865832 3 BR

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
As: 3400384 - AC OEIRAS

OEIRAS - PI
CNPJ....: 34028316177208 Tel.:-
Ins Est.: 193018136

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CORSER SEGU
CNPJ/CPF.....: 09248608000104
Doc. Post.....: 19730522
Contrato...: 9912280635 Cod. Adm.: 1120570B
Cartao..: 6285885

Movimento..: 24/08/2016 Hora.....: 12:50:34
Caixa.....: 77008589 Matricula..: 85261181
Lancamento.: 017 Atendimento: 00012
Modalidade.: A Faturar ID Tiquete.: 118793642

DESCRIMINO	QTD.	PREC(R$)
SEGURO EMAT	1	21,75+
Valor do Porte(R$)..:	21,75	
CNPJ/CPF Remet : 22740443072		
Nome Remetente.: LOURINAL GOMES DE SOUSA		
Endereco Remet.: FAZENDA BORBEBALO CASA -		
Cont Endereco..: ZONA RURAL		
Cep Remetente..: 64900-000		
Cidade Remet...: OEIRAS		
UF Remet.....: PI		
SEDEX EMAT ESPECIAL	1	47,36+
Valor do Porte(R$)..:	47,36	
Cep Destino: 20031-205 (RJ)		
Peso real (KG).....:	0,200	
Peso Tarifado.....:	0,200	
OBJETO.....: SN638658328BR		

TOTAL DO ATENDIMENTO(R$) 69,11

Valor Declarado nao solicitado(R$)
No caso de objeto com valor, faca seguro, declarando o valor do objeto.

A FAVOR
Reconheco a prestacao do(s) servico(s) acima prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante apresentacao de fatura. Os valores constantes deste comprovante poderao sofrer variacoes de acordo com as clausulas contratuais
Nome: DS:
Ass. Responsavel.....

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

De 28/07 a 18/08, periodo dos olimpiadas, o prazo de entrega está ampliado de/para a região metropolitana do Rio de Janeiro.

VIA-CLIENTE SARA 7.5.02

SN_638658323_BR

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
AG: 34300304 - AC DEIRAS

DEIRAS - PI
CNPJ....: 34028316177.68 Tel --
Ins Est.: 193018136

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente... SEGURADORA LIDER CONCOR SEGU
CNPJ/CPF... 04248606000104
Doc. Post . 197347522
Contrato...: 9912290036 Cod. Adm.: 11205709
Cartao. : 62267655

Movimento .. 24 [illegible] Hora... ..: 12:50:34
Caixa.....: 77000.00 Matricula..: 85261181
Lancamento.: 017 Atendimento: 00012
Modalidade.. A Faturar ID Pacote.: 1187934642

DESCRICAO	QTD	PRECO(R$)
SEGURO DPVAT	1	21,75+
Valor do Porte(R$)	21,75	
CNPJ/CPF Remet :	22740449372	
Nome Remetente.:	LOURIVAL GOMES DE SOUSA	
Endereco Remet	FAZENDA BOQUEIRAO,0 CASA -	
Cont Endereco	ZONA RURAL	
Cep Remetente :	64500-000	
Cidade Remet ..:	DEIRAS	
UF Remet	PI	
SEDEX DPVAT ESPECIE	1	47,36+
Valor do Porte(R$)..	47,36	
Cep Destino.	20011-205 (RJ)	
Peso real (KG).	0,200	
Peso Tarifado ...	0,200	
OBJETO.....	SN638658323BR	

TOTAL DO ATENDIMENTO(R$) 69,11

Valor Declarado nao solicitado(R$)
No caso de objeto com valor, faca seguro, declarando o valor do objeto.

A FATURAR

Reconheco a prestacao do(s) servico(s) acima prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante apresentacao de fatura. Os valores constantes deste comprovante poderao sofrer variacoes de acordo com as clausulas contratuais
Nome: RG:
Ass. Responsavel.

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

De 28/07 a 18/09, periodo das olimpiadas, o prazo de entrega esta ampliado de/para a regiao metropolitana do Rio de Janeiro

VIA-CLIENTE SARA 7.5.02

recupel - CNPJ: 46.120.820.0001-18
Contém 45m - Oji Papéis - Termoscript KPR 55 (Ato COTEPE/ICMS 51/13)

Correios

Fale com os Correios: correios.com.br/falecomoscorreios
CAC: 3003 0100 ou 0800 725 7282 (informações) e
0800 725 0100 (sugestões e reclamações)
Ouvidoria: correios.com.br/ouvidoria
SIC: correios.com.br/acessoainformacao

Papel termosensivel. A vida útil dos dados impressos neste comprovante é de até 5 anos. Evite seu contato com plásticos, solventes e produtos químicos. Não exponha à luz, calor e umidade excessivos. Se necessitar manter o recibo por mais tempo, providencie cópia.

---

recupel - CNPJ: 46.120.820.0001-16
Contém 45m - Oji Papéis - Termoscript KPR 55 (Ato COTEPE/ICMS 51/13)

Correios

Fale com os Correios: correios.com.br/falecomoscorreios
CAC: 3003 0100 ou 0800 725 7282 (informações) e
0800 725 0100 (sugestões e reclamações)
Ouvidoria: correios.com.br/ouvidoria
SIC: correios.com.br/acessoainformacao

Papel termosensivel. A vida útil dos dados impressos neste comprovante é de até 5 anos. Evite seu contato com plásticos, solventes e produtos químicos. Não exponha à luz, calor e umidade excessivos. Se necessitar manter o recibo por mais tempo, providencie cópia.

/13)

te é de até 5 anos.
oponha à luz, calor e
providencie cópia.

Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS — INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA LOURIVAL GOMES DE SOUSA

DATA DO ACIDENTE 31/05/2016 CPF DA VÍTIMA 227 404 493 - 72

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO A VÍTIMA

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☑ SIM ☐ NÃO

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)

( ) LAUDO DO IML - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DO PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES). OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) OUTROS DOCUMENTOS: _____

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)

( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) OUTROS DOCUMENTOS: _____

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204
- TODOS OS DOCUMENTOS DEVEM ESTAR LEGÍVEIS

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 24/08/2016

IDENTIDADE 4138 470 SSP PI

ASSINATURA Lourival Gomes de Sousa

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 24 08 16 MATR. CORREIOS 8536481

NOME Dulcineia C. M. Leite

ASSINATURA _____

[illegible] DE CORREIO E TELEGRAFOS
AG: 34300384 - AC OEIRAS

OEIRAS - PI
CNPJ....: [illegible] Tel.:=
Ins Est.: [illegible]

COMPROVANTE DE O.S/ENTE

Movimento..: 22/06/2016 Hora.....: 15:39:01
Caixa.....: [illegible] Matricula..: [illegible]
Lancamento..: 025 Atendimento: [illegible]
Modalidade..: A Vista ID Tiquete..: [illegible]

DESCRIMINO	QTD.	PREC/UNIT
CPF - INSCRIDO	1	7,00
Valor do Porte(R$)..:	7,00	
OBJETO.....:	[illegible]	

TOTAL(R$)=====> 7,00
VALOR RECEBIDO(R$)=> 7,00

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO
Tipo de Servico.....: CPF - INSCRIDO
Codigo de Atendimento.: [illegible]
Data e Hora.....: 22/06/2016 15:39:01
CPF do Contribuinte..: 085.115.243-04
Nome Completo.....: SAULO EMANUEL FERREIRA DA CRUZ SOUSA
Data de Nascimento....: 25/10/2007
Sexo.....: MASCULINO
Nome da Mae.....: MARIELIA FERREIRA DA CRUZ
Titulo de Eleitor.....: [illegible]
Naturalidade.....: OEIRAS
UF Naturalidade.....: PI
Logradouro.....: [illegible]
Numero.....: 0
Complemento.....:
Bairro/Distrito.....: ZONA RURAL
Municipio.....: OEIRAS
UF.....: PI
CEP.....: 64500000
Telefone.....:
Celular.....:
Indicador de Impressão: 4
Codigo de Ocorrencia..: 00 PF354000315BR

MINISTERIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil
COMPROVANTE DE INSCRICAO NO CPF
(Válido somente com documento de identificação.)
Nrl do CPF: 085.115.243-04
Nome: SAULO EMANUEL FERREIRA DA CRUZ SOUSA
Data de Nascimento: 25/10/2007
Comprovante emitido às 15:38:47 no dia 22/06/2016 (hora e data de Brasília)
Código de Controle do Comprovante:
4609.6E7A.E3D.7165
Dígito Verificador: 03
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço: http://www.receita.fazenda.gov.br
(Modelo aprovado pela IN SRF Nrl 1.042, de 10 de junho de 2010)
Emitido por: CORREIOS

085-115-243-04

SERV. POSTAIS: DIRETRIZ E DEMAIS-LEI 6538/78

CAC - Capitais e Regiões Metrop. 3003 0100
Demais Localidades: 0800 725 7282 Sugestões e
pdes: 0800 725 0100 www.correios.com.br

SALVO EXAME - SINISTRO 3460533/1

[illegible] base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os
[illegible]tados ao lado, nesta formulário
[illegible]ra acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue grátis
[illegible] NC DPVAT 0800 022 1204
[illegible]dos os documentos devem estar legíveis

OMBUDSMAN DO DLBRE

Cliente ..... : SERGIO DA LIMA OMOR SEGU
CPJ/CPF ..... : 02966000104
Doc. Fiscal ..... : 1957054
Contrato ..... : 3922806 Cod Ade : 1206198
Cartão : 6286866

Movimento : 12/08/2016 Hora ..... : 14:45:39
Chave ..... : 7882464 Retirada : 8268886
Lancamento : 024 Atendimento : 0018
Modalidade : A Receber ID Ticket : 118304621

	QTD	PREÇO(R$)
DESCRICAO		
SERVICO BRAS	1	21,75+
Valor do Portes(R$) :	21,75	
CPJ/CPF Remet : 09362956		
Nome Remetente : LAURENE GOES DE SOUSA JU		
Cont. Nome : HOR		
Endereco Remet : CHFRIRO LOCAL RUE ROMEI		
Cont Endereco : RUL 00 - ZONA RURA		
Cep Remetente : 6500-000		
Cidade Remet : GERAS		
UF Remet : PI	1	35,52+
SEDEX - CODRAIO		
Valor do Portes(R$) :	35,52	
Cep Destino: 2081-205 (RJ)		
Peso real (Kg) :	0,056	
Peso Tarifado:	0,056	
CRETO :	SR388852AR	

RE - 7 EB - 5 ES - S

TOTAL DO ACONDICIONADOS 57,27

Valor Declarado no solicitado(R$)
No caso de dolo ou valor, faça seguro, declarando o valor do dolo.

RE - Prazo final de entrega em dias úteis.
EB - Entrega domiciliar - Sim/Não.
ES - Entrega sabado - Sim/Não.
RE - Restrição de entrega - Sim/Não.

Para fins de contagem do prazo de entrega, sabados, domingos e feriados não são considerados dias úteis.
Restrições contidas aos sabados, domingo e feriados, consultar o proximo dia util como o "Dia de Postagem".

A FAVOR
Recomendo a prestação de(s) serviço(s) acima prestado(s), o(s) qual(is) passará(ão) mediante apresentação de fatura. Os valores constantes desde comprovante poderão sofrer variações de acordo com as cláusulas contratuais
Nome: RG:
Ass. Responsável .....

SEM. RESTRIÇÕES: DIREITOS E DEVERES-LEI 8078/78

De 28/07 a 18/08, período das olimpíadas, o prazo de entrega está suspenso devido a a realização sediada em Rio de Janeiro.

VIA-CLIENTE SMA 7.5.02

( ) Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
( ) Declaração de Cônjuge (original)
BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)
( ) Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova da dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)
( ) Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
( ) Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
( ) Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
( ) Declaração de Separação de Fato (original), assinada pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
( ) Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))
( ) Declaração de Únicos Herdeiros (original)
BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
( ) Declaração de Únicos Herdeiros (original)
BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))
( ) Declaração de Únicos Herdeiros (original)
( ) Certidão de Óbito dos pais de vítima (cópia simples)
( ) Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
( ) Outros Documentos apresentados: _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) _____
Quem é o portador? ( ) Vítima ( ) Beneficiário ( ) Representante Legal - CPF do portador _____
E-mail _____ Telefone ( ) _____
Data _____ Assinatura _____

RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) _____ Matrícula _____
Atendente _____
Data: _____ Assinatura: _____

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não
Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não
Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Semana na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
Documento de identificação da vítima (cópia simples)
CPF da vítima (cópia simples)
Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DANOS

Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não
Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
Documento de identificação da vítima (cópia simples)
CPF da vítima (cópia simples)
Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações [illegible]

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 07 de Março de 2017

Carta nº 10618058

a/c: LOURIVAL GOMES DE SOUSA JUNIOR

Sinistro:	**3160533347 ASL-1041527/16**
Vitima:	**SAULO EMANUEL FERREIRA DA CRUZ SOUSA**
Data Acidente:	**31/05/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso *site* www.seguradoralider.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2017

Carta nº 10849314

a/c: LOURIVAL GOMES DE SOUSA

Sinistro:	**3160550603 ASL-1062949/16**
Vitima:	**LOURIVAL GOMES DE SOUSA**
Data Acidente:	**31/05/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Pag. 01101/01102 - carta_16

00030551

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso *site* www.seguradoralider.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT