

Men x Audi x Uplc x Coni x PJ Aces x PJ Coni x PJ 0800 x Wha x Preci x Baixo x Nova gu x PJ Coni x PJ 0811 x

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=437721&ca=Sbd94d9d055861ee960537562c3806ac188ba821a...

Processo Virtual Na... :Administrativos Portal do Advogado Google Nova guia Meu INSS [bb.com.br] Zimbra: Movimenta... PJE 1º Publicações

PJE ProceComCiv 0800085-43.2020.8.18.0076
LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA X SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO S...

9775958 - CONTESTAÇÃO (2718875 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 19/05/2020 14:06:26

19 May 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 9775957 - CONTESTAÇÃO
 - 9775958 - CONTESTAÇÃO (2718875 CONTESTACAO 01)
 - 9775959 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2718875 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 9775960 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 9776454 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
 - 9776455 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

downloadBinario.seam 1 / 9

2718875- CS/ 2020-01830/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADO ASSOCIADOS

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

protocolo.pdf protocolo.pdf Despacho.pdf petição do autor.pdf Petição 3 Exibir todos x

PT 14:06 19/05/2020



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

Processo: 08000854320208180076

AUSÊNCIA DE COBERTURA

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **17/05/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **05/09/2019**.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

CUMPRE RESSALTAR A EXISTÊNCIA DE LESÃO PREEEXISTENTE TENDO EM VISTA QUE A PARTE AUTORA RECEBEU DA RÉ EM SEDE ADMINISTRATIVA O VALOR DE R\$2.531,25 REFERENTE A SINISTRO OCORRIDO EM

31/01/2011, MOMENTO EM QUE ADQUIRIU LESÃO NO PUNHO ESQUERDO, MESMA LESÃO PLEITEADA NA PRESENTE AÇÃO.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DESCABIMENTO DE RENOVAÇÃO DE PLEITO INDENIZATÓRIO

LESÃO PREEXISTENTE

Inicialmente, deve-se sopesar o fato da parte autora ter pleiteado administrativamente verba indenizatória em virtude de acidente automobilístico ocorrido em 31/01/2011, momento em que adquiriu lesão no punho esquerdo, recebendo da ré o valor de R\$2.531,25.

Frisa-se que a parte autora requereu o recebimento do Seguro Obrigatório DPVAT nos autos da ação supracitada em decorrência de LESÃO NO PUNHO ESQUERDO EM **75%**, ou seja, o requerente sustenta seu leito indenizatório em lesão idêntica a que fora recebida anteriormente.

Constata-se que os documentos acostados aos autos comprovam que o acidente que ocasionou a debilidade permanente foi anterior ao narrado na inicial, não havendo, portanto, nexo de causalidade entre o novo acidente e a lesão apresentada pela parte autora.

Deste modo, é irrefragável que a presente lide tem o mesmo pedido de outra ação que teve o mérito julgado, uma vez que a parte autora sequer comprova que houve agravamento da lesão em virtude de um suposto novo acidente automobilístico.

Diante do exposto, a improcedência do pedido é a medida que se impõe.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral⁴.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima⁵.

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸ **art. 1º. (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,
UNIAO, 5 de maio de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **UNIAO**, nos autos do Processo nº 08000854320208180076.

Rio de Janeiro, 5 de maio de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



Sr(a). LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

ACIDENTE DE TRANSITO DIA 17/05/2019
BO=107500.001793/2019-55

HD = FRATURA DO RADIO E

FEITO OSTEOSINTESE DE FRATURA
DO RADIO E

EF =DOR + LIMITAÇÃO FUNCIONAL
EM ANTEBRAÇO E; P+ S = 45 GRAUS

RX ANTEBRAÇO E 2P =FRAT . RADIO
E CONSOLIDADA

RELATORIO DE ALTA MEDICA DEFINITIVA
COM PERDA DE 50 % EM ANTEBRAÇO E

Dr. Edmar de S. Lima Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 2313 / CRM-PA 3454
TEC - 19744

Teresina 21 de Novembro de 2019

Dr. Edmar de S. Lima Junior
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2313-PI

UNIDADE BARÃO
AV. BARÃO DE GURGUÉIA 3450
(86) 3221-5170

UNIDADE DIRCEU
AV. JOSÉ FRANCISCO DE
ALMEIDA NETO 2650
(86) 3236-550

UNIDADE JOQUEI
AV. AVIADOR
IRAPUÁ ROCHA
(86) 3303-7353

UNIDADE PLANALTO
AV. ZEQUINHA FREIRA 3080
(86) 3231-0001

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190652437 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA **Data do acidente:** 17/05/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: PACIENTE APRESENTA CICATRIZES EM TERÇO DISTAL DO DORSO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO COM EDEMA DE PUNHO +/4+; ADM DE PUNHO ESQUERDO: EXTENSÃO 30°; FLEXÃO 40°; DESVIO RADIAL 0; DESVIO ULNAR 10°

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO MEDIANTE PLACA E PARAFUSOS E EVOLUIU, APÓS REABILITAÇÃO, COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: a vítima tem sinistro anterior (2012283558, acidente em 31/01/2011) no qual foi indenizada (AMD em 28/06/2012) em 18,75% da IS em virtude de sequelas no mesmo segmento lesionado no acidente ora analisado (punho esquerdo). Não foi observado agravamento do quadro sequelar em relação ao indenizado anteriormente. Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190652437 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA **Data do acidente:** 17/05/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSSÍNTESE E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @RELATÓRIO PÁG. 01 // VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº 2012/283558 EM NÍVEL INTENSO PARA O PUNHO ESQUERDO.SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. //

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190652437 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA **Data do acidente:** 17/05/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSSÍNTESE E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @RELATÓRIO PÁG. 01 // VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº 2012/283558 EM NÍVEL INTENSO PARA O PUNHO ESQUERDO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. //

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO
RUA SÃO PAULO, S/N BAIRRO SÃO JUDAS TADEU UNIÃO - PI
Fone (086) 3265 1116
CNPJ: 18.488.308/0001-93
E-mail: direcao@hospital.hmu.pi@gmail.com

vermelho

FICHA DE ATENDIMENTO

CONTROLE: _____ SERVIDOR: Carla DATA: 17.05.19 HORA: 08:52

01. DADOS DO PACIENTE:

NOME: Luercio Gomeçes de Sousa DN: 17/05/67 ID: 52 SEXO: M

NOME DA MÃE: Maria Rodrigues de Sousa

CNS: _____ RG: 1140049 CONTATO: 95411467

ENDEREÇO: Rua Santo Antonio, 1508 CEP: 64120000

BAIRRO: Pera Rio Rio CIDADE: União UF: PE

FORMA DE ENCAMINHAMENTO:

☒ DEMANDA ESPONTÂNEA ☐ CENTRO DE SAÚDE ☒ SAMU ☐ PM ☐ BOMBEIRO ☐ OUTROS

02. ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.

MOTIVO DA PROCURA: ☐ TRAUMA ☐ CLÍNICO ☐ PEDIÁTRIA

VITAIS/FC: _____ PA: _____ SAT. O2: _____ T: _____ DOR: _____ ECG: _____ GLICEMIA: _____ PESO: _____ ALTURA: _____

DESCRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA:

OBSERVAÇÕES:

VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

HORÁRIO: _____ ENFERMEIRO(A): _____ CONSELHO/REGISTRO: _____

03. HISTÓRIA CLÍNICA/ EXAME FÍSICO doente desorientado, com
problemas de memória e equilíbrio.

04. EXAMES COMPLEMENTARES ☐ LABORATORIAL ☒ RX ☐ US

05. DIAGNÓSTICO

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: 08.05.19

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

ANTONIA R. ☐ CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

06. PRESCRIÇÃO MÉDICA

01) 02.05.19 - 08h, 10:04

07. CONDUTA

☐ ALTA ☐ ÓBITO ☐ EVASÃO TRANSFERIDO PARA: ☐ INTERNAÇÃO ☐ OUTRA UNIDADE ☐ CENTRO DE SAÚDE

08. HORA/SAÍDA ☐ URGÊNCIA ☐ EMERGÊNCIA ☐ NÃO URGÊNCIA

MÉDICO/CRM: _____ ENFERMEIRO(A)/COREN: _____ PACIENTE: _____

Carla E. S. Melo
CRM: 123456

MÉDICO
CRM:

ENFERMEIRO(A)
COREN:

Alminda Emillyn Gonçalves Sousa



DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o paciente, **Lucídio Gonçalves de Sousa**, deu entrada neste hospital no dia 17 de maio de 2019, às 08h52min, vítima de acidente motocicleta, o mesmo chegou ao hospital socorrido na ambulância do SAMU.

União (PI), 08 de agosto de 2019.

Antônia Raimunda Viana da Silva
Antonia Raimunda Viana da Silva
Servidora do HMU.

HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO
Dr. Jose da Rocha Furtado
CNPJ: 18.488.308/0001-93
Rua São Paulo, S/N - Bairro São Judas Tadeu.
CEP - 64.120.000 - União - PI





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



Confere com o(a) original que
foi apresentado(a) e dou fé.

Em 31/07/19

Setor do Arquivo Técnico do HPMP

Luiz Henrique Vasconcelos, 1º TEN. PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPMP
RG: 105198193-2 Matr. 14405-9

NOME DO PACIENTE:

Meidito Gonçalves de Sousa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

479799/19

Obs: Não fornecemos 2ª via.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMP
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI
CEP 64.014-220
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

Saúde
Secretaria de Estado

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 206517
FORMA DE ENTRADA: ESTADUAL		AII: 2219100374007

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRCEL ARCOVERDE - HPM	CNES 7333451
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRCEL ARCOVERDE - HPM	CNES 7333451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
CARTÃO SUS 801410476151910	NOME DO PACIENTE LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA	17/03/1967	M	479799
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
	86995711367	MARIA RODRIGUES DE SOUSA	AMANDA EMILLYN GONCALVES SOUSA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO	NUMERO / LOTE		
61170977	RUA SANTO ANTONIO	1508		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICIPIO	UF	
BEIRA RIO		UNIAO	PI	

LAUDO TECNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HA 01 DIA.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
AS ACTMAS CITADAS

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RX DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO		Luis Henrique Gomes Celso Reis 1º TEN PM RPM 10.11.1981-2º Mai 14405-9 Chefe do Setor de Arquivo Técnico
040803031 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO DA ULNA		
LEITO/CLINICA ORTOPEDIATRA/UMATOLOGIA (MASCULINO)	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) ALEJOMAR VERAS VIANA CPF: 53914057353	CRM
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 17/05/2019	
DATA ADMISSÃO 17/05/2019 21:45	DATA ALTA 31/05/2019 09:00	MOTIVO ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)						
TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR NATUREZA DA LESÃO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO		AUTORIZAÇÃO	
PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) TANIA MOREIRA AREA LEAD CPF: 1886159072	CRM	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER AUDITORIA CPF	CRM
DATA ANALISE: 21/05/2019 11:36:30			

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

10 SET 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende,465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

206517

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

3 - Nome do estabelecimento executante:
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

2 - CNES
2323451

4 - CNES
2323451

Atendimento
976405

Identificação do Paciente

5 - Nome: **LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA**

7 - CNS: **801440426154946**

8 - Nascimento: **17/03/1967**

9 - Sexo: **M**

6 - Prontuário: **479799**

11 - Mãe: **MARIA RODRIGUES DE SOUSA**

12 - Fone: **86-9.95711467 / 995319024**

13 - Resp: **AMANDA EMILLYN GONCALVES SOUSA**

14 - Cor: **PARDA**

15 - Ender.: **RUA SANTO ANTONIO**

16 - Munic: **UNIAO**

17 - Cod. IBGE: **221110**

18 - UF: **PI**

19 - CEP: **64120-972**

RG: **11100-19**

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Queda com trauma no punho

21 - Condições que justificam a internação:

Doi

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

Rx

23 - Diagnostico Inicial:

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

24 - Cid Princ.: **S525**

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C.Ass.: _____

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0408020440 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESÃO FISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

29 - Clínica: **POSTO II**

30 - Carater.: **02**

Ident.: **1**

31 - Documento: **CPF**

32 Doc. Med. Solic.: **16778699841**

33 - Nome Profissional / Assistente
LEANDRO PONCE LEAL

34 - Data de Solicitação:
17/05/2019

Com Memória de: **01/05/2019 11:10 PM**
RCPM 104 1581/13-21 Mai 14485-9
Cidade: **União** do Araguaia - TO

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

38 - () Acidente de Trabalho Trajet.

39 - CNPJ Seguradora:

40 - CNPJ Empresa:

41 - Série

42 - Nº. Bilhete.

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

45 - Vinculo com a Previdência. () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

48 - Documento

49 - Num. Documento

47 - Data Autorização:

06/06/2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

GENTE SEGURODORA

Rua Coelho de Resende, 455 - 1012

Centro - Norte CEP: 64.002470

ROMARIO SANTOS

21:38:46

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Amanda Emillyn Gonçalves Sousa

Dr. Alciomar Vitorias Vianna

Clínica do Ombro e Coluna

TEOT-10452

Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL

SIM ☐ NÃO ☐

IDEM OUTROS HOSPITAIS

SIM ☐ NÃO ☐

CLÍNICA

Médico Assistente

Permanência

CLÍNICA

FICHA DE PRONTUÁRIO

Nome: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

17/05/2019

Nasc.: 17/03/1967 Sexo: M

Convênio: SUS - INTERNACAO

Pront.: 479799

Atendimento: 976405

Enfermaria: POSTO II

ENF 204 LEITO

Leito: 204

Pai: JOSE GONCALVES SILVA

Mãe: MARIA RODRIGUES DE SOUSA

RG: 1110019

Residência:

RUA SANTO ANTONIO

Nr.: 1508

Cep: 64120972

Bairro: BEIRA RIO

Cidade: UNIAO

Telefone: 86 - 995711467

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

*Queda com trauma
no antebraço*

DIAGNÓSTICO

Provisório: *FT DE ROTO*

Principal: *osteomielite radio*

CID S525

Procedimento:

CID

Sintomas e Sinais Principais

Do

Causa Médica

Histo - Patológico:

Luis Henrique Pinheiro Reis 1º TEN PM
RQPM 1515313-2º Mai 14495-9
Coelho da Silva do Arquivo Técnico

TRATAMENTO

Tipo:

Terapêutica Médica

Operação

Eficácia

- ☐ Nenhuma
☐ Médico
☐ Cirurgia
☐ Médico Cirurgico

- ☐ Nenhuma
☐ Médico
☐ Cirurgia
☐ Médico Cirurgico

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação
17/05/2019 21:34:18

Data da Alta:
31/05/2019

Data da Hospitalização

ALTA

Saída

Transferência

Óbito

- ☐ Curado
☐ Melhorado
☐ Inalterado
☐ A Pedido
☐ Internação p/ Diagnóstico
- ☐ Divisão Médica
☐ Por Indisciplina
☐ Evasão
☐ P. Ambulatório

- ☐ Fisiologia
☐ Psiquiatria
☐ Outros

- ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas após alta

THE / /

Assinatura:

Dr. Alciomar Vercas Vianna

10 SET. 2019

"Humanizando e Cuidando Bem"
Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520
CEP.: 64014-090 - Teresina - PI. CNPJ.: 07.444.159/0002-25 - CMC. 035.372-8

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64 002470



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 30 / 03 / 2019
Nº DO PRONTUÁRIO: 47799 SALA: 07
CÓD DA CIRURGIA:

Descrição da Cirurgia:

- ① Pt em son no bloq
- ② Incisão no antebraço e
- ③ - Retirado Placa
- ④ - Redução da ft antebraço
- ⑤ - Sinter com placa e parafusos
- ⑥ - Sutura

Luz Henrique de Almeida Reis 1º TEN PM
RPM 105158113-2º Mai 14485-9
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

Dr. Alciomar Viana
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM: 2631 / TEF 10462

Cirurgia: Osteotomia do olecrânio
Cirurgião: Alciomar Viana
1º Auxiliar: -
2º Auxiliar: -
3º Auxiliar: -
Instrumentador: Kely
Circulante: Inez
Inez Mª M.A Xavier
Coren/283377-Te

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 30/05/19
Nº DO PRONTUÁRIO 99791 SALA 07
CÓD DA CIRURGIA:

NOME: Valdivino de S. Pires Neto Idade 52a Sexo M ASA I
PROCEDIMENTO: Exatoma Apt/Ent e Leto: 209-03
CIRURGIA: Exatoma ANEST: Valdivino ANESTESIA: Propofol + Sedação
INSTR: Exatoma CIRC.: Exatoma INICIO: 14:30 FIM: 15:30 SALA: 07
P.A. F.C. PESO: Hto Glicemia Creatina Respir:

ALERTA NÁLATORIO		OXIGENIO										SEQUÊNCIA	
		1											
		2											
REPOSIÇÃO VOLÊMICA													
		SaO ₂ (%)										10 Manos% - 15ml	
		E.C.G.										X 12% - 15ml	
		EtCO ₂ (mmHg)										+ H2O det 10ml	
MONITORIZAÇÃO													
		X início e fim da anestesia V.A. L. P.A. MÉDIA										10 Manos% - 15ml	
		- Pressão da anestesia V.A. L. P.A. MÉDIA										X 12% - 15ml	
		TEMPERATURA										+ H2O det 10ml	
		DIURESE (ml)										10 Manos% - 15ml	

Técnica Anestésica:

Comentários Adicionais:

Bloqueio do plexo braquial + Sedação

Uma hora intraoperatória

MONITORIZAÇÃO	☒ ECG	☒ Oxímetro
	☐ PAM	☐ Capnógrafo
	☒ PANI	☐ PVC
Gases		Tempo
Oxigênio (l)	07	15:30
N ₂ O (l)		
Ar Medico (l)		

Medicamentos Utilizados

Adrenalina _____ Amp
Água dest. 10ml 04 Amp
Atropina _____ Amp
Bextra _____ Amp
Bromoprida _____ Amp
Cefazolina 1g 02 Fr
Cefotolona _____ Fr
Ciprofloxacina _____ Fr
Clonidin 01 Amp
Colóide () _____ Fr
Dexametazona 01 Amp
Diazepam _____ Amp
Dimorf _____ mg Amp
Dipirona _____ Amp

Dolantina _____ Amp
Droperidol _____ Amp
Etoril _____ Amp
Etidim _____ Amp
Enflurano _____ ml
Fentanil 02 100ug Amp
Fentanil (S/C) _____ Amp
Halotano _____ ml
Hidrocortisona _____ ml
Isoflurano _____ ml
Jelco n° _____ Und
Lidocaina 2 15ml Fr
Melaclorpramida _____ Amp
Manitol _____ Fr

Midazolam 01 Fr 10mg
Metronidazol _____ Fr
Neocaina Psa 0.5% 01 Amp
Narcen _____ Amp
Novabupr 0.5% _____ Fr
Nubain _____ Amp
Neocaina 0.5% 01 15ml Fr
Neostigmina _____ Amp
Omeprazol _____ Fr
Ondasetrona 01 Amp
Polio Cel _____ Fr
Pancurônio _____ Amp
Pentelid _____ Fr

Propofol _____ ml Amp
Ranitidina 01 Amp
Quelicin _____ Amp
Quetamina 01 100mg Fr
Remifentanil _____ Fr
Ringer-lactado _____ Fr
S. Fisilog. 0.9% 02 Fr
S. Glicosado 5% _____ ml Fr
Scalp n° _____ Und
Tracur _____ Amp
Tilatil 01 Fr
Tiopental _____ Fr
Valdivino
Anestesiologista-CRM

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
10 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Valdivino de S. Pires Neto
Anestesiologista
CRM- 1060



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

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA 12/05/19 HORA: _____ Nº DO TELEFONE: _____
HOSPITAL SOLICITANTE _____ MUNICÍPIO _____
MÉDICO: _____ CRM: _____

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

Obstétrica ☐ Trauma ☒ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Pediatria ☐ Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Murilo Cruz
Data de Nascimento: _____ Idade: _____ anos Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino
CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde: _____

Município de Procedência: _____

ADA Plano de tratamento com dieta com leite em pó e arroz branco, com dieta complementar e platinado no mesmo local (Fornecer receita e fotos do caso e no número: 98524763
CID: _____

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

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

RESPOSTA VERBAL

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

RESPOSTA MOTORA

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

SINAIS VITAIS

Temperatura: _____ bpm R: 20 mm PA: 120 mmHg Sat O₂: 99 Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ☐ Oxigênio ☐ Hidratação Venosa
- ☐ Aspiração ☐ Medicação (especificar) _____
- ☐ Curativo ☐ Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Assinatura e carimbo do Médico

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HPM (Hospital de Patrimônio Municipal)

Clinica: _____

Senha: 201403



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



RISCO CIRÚRGICO CLÍNICO E CARDIOLÓGICO

204-3

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME Juciano Gomes de Souza IDADE: 52 SEXO M() F() DATA: 20/5/19

2. CIRURGIA PROPOSTA:

3. REVISÃO/ANTECEDENTES (S/N)

1. Cirurgia anterior () 2. AVC () 3. Alergia respiratória () 4. Alergia medicamentosa () 5. Diabetes ()
6. Dça. Art. Coop. () 7. ICC () 8. Dça. Pulm. () 9. HAS () 10. IAM () 11. Asma () 12. DPOC ()
13. T.B () 14. Fumo () 15. Reumatismo () 16. Dça. De chagas () 17. Uso Medie () 18. DUAP () 19. Dça Renal () 20. Anemia () 21.
Dist. Coag. () 22. Outros ()

COMENTÁRIOS:

4. EXAME FÍSICO - IMPRESSÃO GERAL

- a) ESTADO GERAL: 1. Bom () 2. Regular () 3. Precário () 4. Dispneico () 5. Ictérico () 6. Cianótico ()
b) Aparelho respiratório - Expansibilidade: normal MV: normal FTV: normal
Ruídos Advercticos: SIM () NÃO ()
c) Aparelho circulatório: PA: 130 x 80 mmHg Pulsos: 110 FC: 70
Inspeção e palpação: normal Ausculta RC: normal Bulhas: normal
d) Abdômen-Pelve: normal

5. ÍNDICE DE REFERÊNCIA

a) ÍNDICE DE RISCO CARDÍACO (Detsky, 1986)

- 10 Infarto agudo do miocárdio nos últimos 6m
5 Infarto agudo do miocárdio há mais de 6m
10 Angina classe III (CSS*), limitação importante às atividades físicas diárias
20 Angina classe IV (CCS), angina nos mínimos esforços ou repouso
10 Angina instável nos últimos 6m
10 Edema pulmonar na última semana
< 15 pts: Baixo risco de complicações
> 15 pts: Alto risco de complicações

*CCS: Canadian Cardiovascular Society

CONCLUSÃO:

a) NEW YORK HEART ASSOCIATION (NYHA)

- CLASSE I - Ind. com dça. cardíaca sem limitação da atividade física
CLASSE II - Ind. com dça. cardíaca com pequena limitação da atividade física
CLASSE III - Ind. com dça. cardíaca com importante limitação da ativ. física
CLASSE IV - Ind. com dça. cardíaca e incapaz de fazer atividade física

CONCLUSÃO:

c) AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGY (ASA)

- ASA I - índice saudável
ASA II - índice com dça. sistêmica discreta
ASA III - índice com dça. sistêmica grave/lim. da ativ./não incapacitante
ASA IV - Moribundo; sem esperança de sobrevivência p/24h c/ ou s/ cirurgia

CONCLUSÃO:

d) ÍNDICE DE RISCO CARDÍACO-GOLDMANE COL. (1997)

1. HISTÓRIA (a). Ind. +70 anos (5pt) (b) IAM prévio (10pt)
2. EX. FÍSICO (a) Galope ou estase jugular (11pt) (b) Estenose imp (3pt)
3. ECG (a) Ritmo não-sinusal/ BAP (7pt) (b) BVP + Smin (7pt)
4. ESTADO GERAL: PaO2 < 60 / PaCO2 > 50 / K < 3 / Creatin > 3 / TGO/TGP Anormal
Insuf. Hepática / Ind. Acamado
IND.: GRUPO I (0-5 pt) compl. não fatal 0.7% fatal 0.2%
GRUPO II (6-12 pt) 5% 2%
GRUPO III (13-25pt) 11% 2%
GRUPO IV (+12 pt) 22% 56%

CONCLUSÃO:

Ass. e carimbo Médico:

EXAMES

1. Ht/Hb/Plaql. 38/11.8/285
2. Leuco/Bt/Seg: 510/84
3. Glicose: 173
4. Ur/Cr: 506-7
5. TS/TC: 2/4
6. TGO/TGP: normal
7. Trofo/CKmb: normal
8. ECG: normal
9. Urina-I: normal
10. ECO 2D: normal
11. U.Som: normal
12. RX Tórax: normal
13. TC/RNM: normal

Lup Hengue - Rua dos Reis 1º TEN PM
RCPM 107 131 13-2º Max 14405-9
Diário do Sítio de Arquivo Técnico

Dr. Francisco José Lima
CARDIOLOGO
CLÍNICA ME
CRM-PI 2101
1715
282

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

Hospital Dirceu Arcoverde da Polícia Militar do Piauí - HPMPPI

GENE SEGURADORA S.A.
Rua Colombo de Resende 455 Loja C
Fone: (85) 3216 1500
CNPJ: 07.244.740/0001-00

**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE****"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"****Nº ORDEM.....: 152152****NOME.....: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA****MÉDICO SOLIC: ALCIOMAR VERAS VIANA****DATA LAUDO...: 03/06/2019****CONVÊNIO: INTERNO****DATA REALIZ: 31/05/2019****IDADE: 52 anos****CRM: 2631-PI****CÓDIGO: 45967****RX ANTEBRAÇO ESQUERDO**

O estudo radiológico do antebraço, realizado incidência ântero-posterior e lateral, demonstra:

- Presença de fratura no terço médio do rádio fixada com placa e parafusos metálicos.

± Túneis ósseos na diáfise do rádio de provável fixação prévia.

- Presença de pequeno fragmento ósseo em partes moles no nível supracitado.

- Aumento de partes moles.

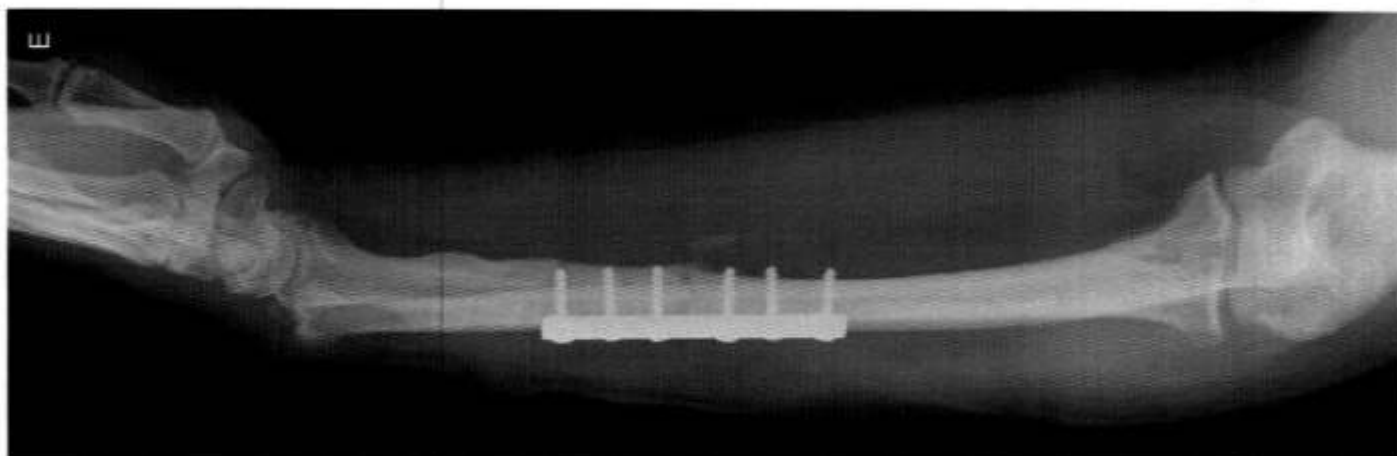
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**Controle pós operatório.**

Lucio Henrique Fontenele Gomes Res. 1º TEN PM
R/CPM 107198773-2º Mai. 1445G-9
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

IVAN FONTENELE GOMES
CRM 2426-PI
CRM

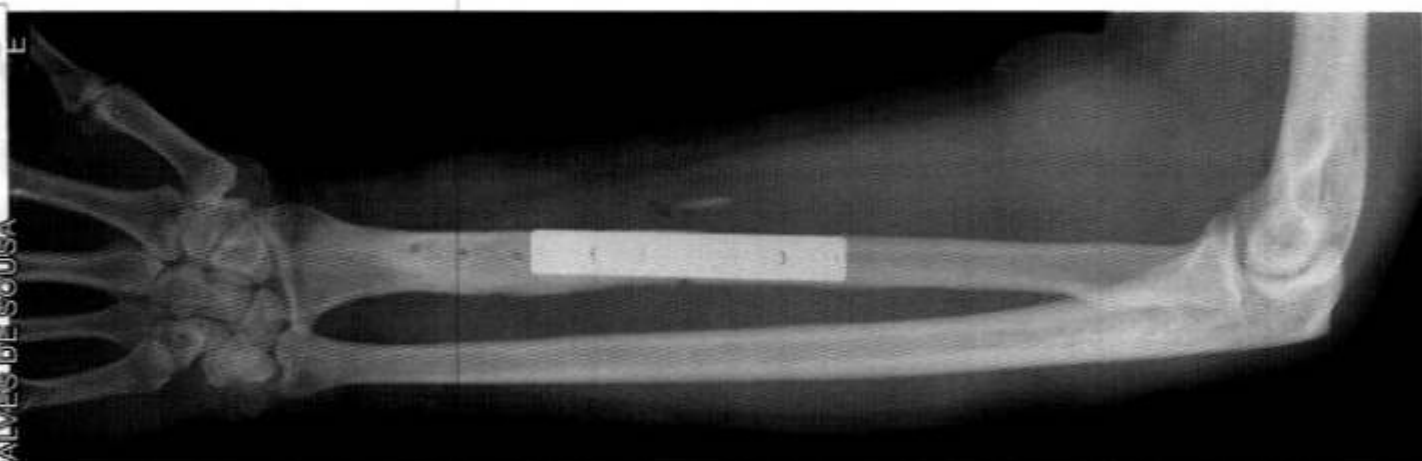
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
10 SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

HPM




 Luis Henrique Viana de Resende 1º TEN PM
 RG/PM: 10713811-2º Mai. 14435-9
 Cel. J. S. de Arquivo Técnico

ID: INT.01. 31/03/19
 Paciente: LUCIO GONCALVES DE SOUSA
 Idade: 062Y
 Sexo: M



DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NAO VERIFICADO 1 0 SET. 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470
--

Hora: 07:29
 Exam: 31/03/2019



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 150336
PACIENTE: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA
NOME DA MÃE: MARIA RODRIGUES DE SOUSA
DATA DO NASCIMENTO: 17/03/1967
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 17/05/2019
DATA DO LAUDO: 22/05/2019
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Fratura completa desalinhada na diáfise média do rádio.
Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.
Placa e parafusos metálicos na diáfise distal do rádio.
Fratura-avulsão no processo estilóide da ulna.
Redução difusa da densidade mineral óssea.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura completa desalinhada na diáfise média do rádio.
Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.
Placa e parafusos metálicos na diáfise distal do rádio.
Fratura-avulsão no processo estilóide da ulna.
Redução difusa da densidade mineral óssea.

*Correlacionar com dados clínicos.

Las Heras, 17 de Maio de 2019
FC/PM 105/10/11/13-2; Mag. 14493-9
Código de Arquivo Técnico

Nayra Virginia S. Costa
CRM-PI 3326

NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA
CRM: 3326

Av. Higino Cunha, 1642 - Ilhotas - Teresina/PI
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3216-1520
Fax (86) 3216-1520

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
10 SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

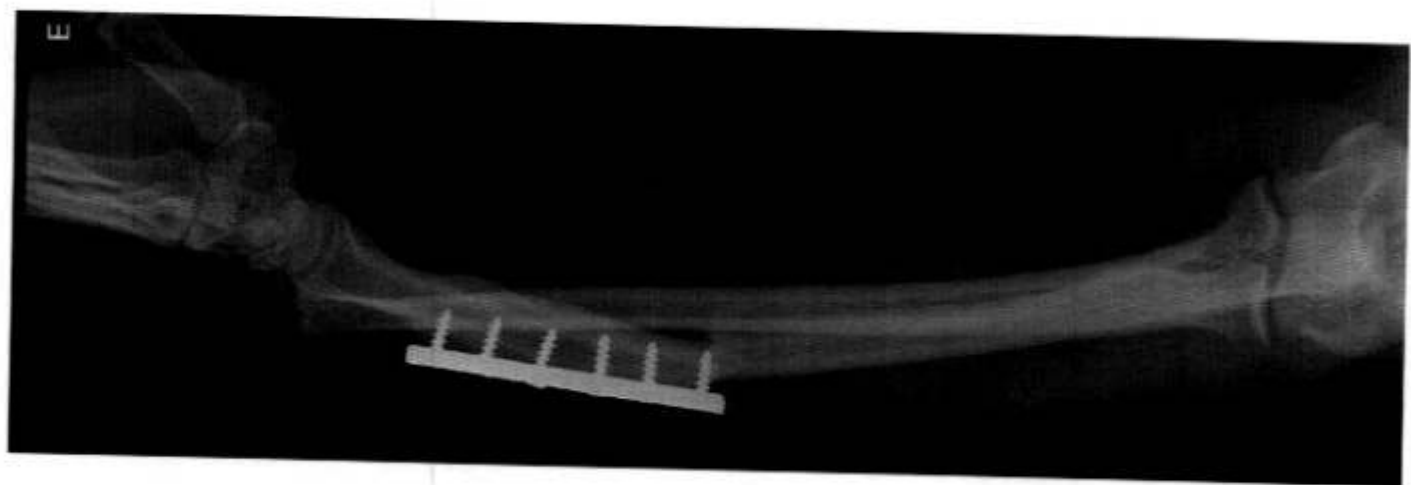
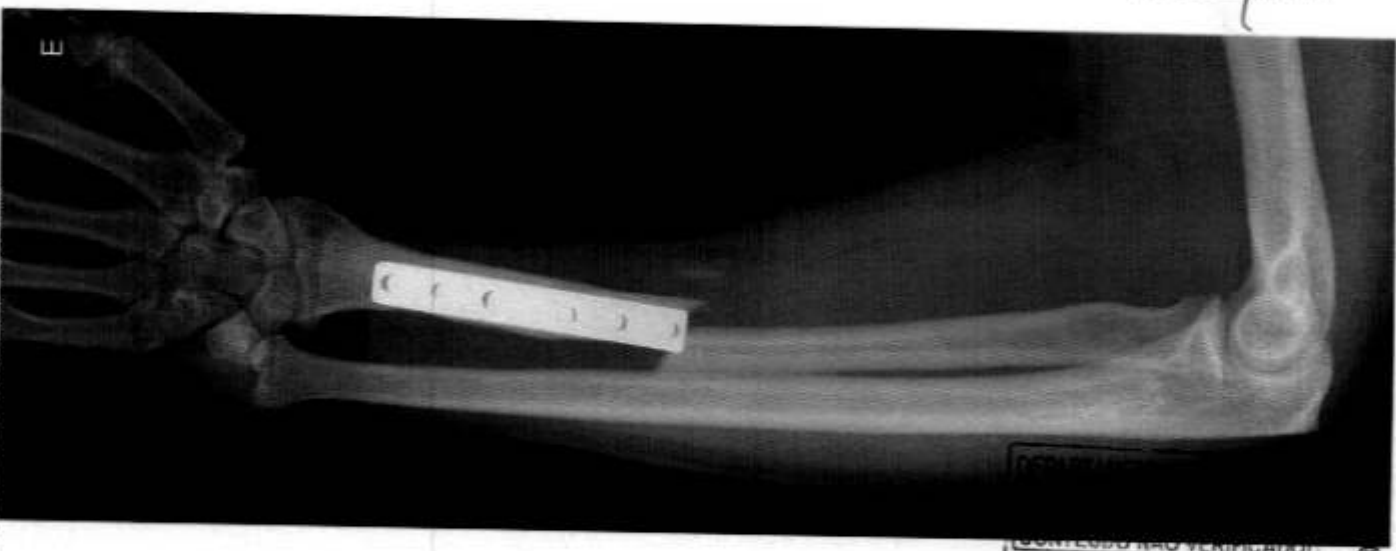
ID: 180336

Paciente: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

Idade: 052Y

Sexo: M

HPM



Luiz Henrique V. de Menezes - R. 14-TEX PIA
RCP 10F 1501 13-2 Atos 14495-9
Cidade - São João del-Rei

CONFESSÃO NÃO VERIFICADA
10 SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Nota: 08305
Exame: 180336/2019



POLICIA MILITAR DO PIAUI
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

NOME: **LUCIDIO GONSALVES DE SOUSA**
MÉDICO
CONVÊNIO: SUS

IDADE: 52 ANOS

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LABTEST

ERITROGRAMA

VALORES ENCONTRADOS

VALORES DE REFERENCIA:

Hemácias em milhões/mm³
Hemoglobina em g/dl
Hematócrito em %

4,20

11,8

38,0

HOMEM

4,5 - 6,5

13,5 - 18,0

40,0 - 54,0

MULHER

3,9 - 5,8

11,5 - 16,4

36,0 - 47,0

OBSERVAÇÕES: Hemácias normocíticas e normocrômicas.

LEUCOGRAMA

VALOR ENCONTRADO

REFERENCIAL

Leucócitos por mm³

5.600

4.000

10.000

Bastões
Segmentados
Eosinófilos
Basófilos
Linfócitos
Monócitos
Metamielócitos
Mielócitos

%

REFERENCIAL

ABSOLUTO

REFERENCIAL

0

3

5

74

50

66

1

2

4

0

0

1

24

20

30

1

4

8

0

0

1

0

0

0

120

500

2000

6600

80

400

0

100

800

3000

160

800

0

0

100

0

0

0

OBSERVAÇÕES:

PLAQUETAS

285.000 mm³

100.000/mm³ - 400.000/mm³

Obs: Plaquetas contadas eletronicamente por impedância elétrica.

OBSERVAÇÕES: Plaquetas Morfologicamente normais e bem distribuídas

Luis Henrique V. G. Mendes, 09/05/2019, 14:45:09
REC-PM 10510-11/2019, Mai 14495-9
(Assinatura do Médico)

TERESINA, 19 DE MAIO DE 2019

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
CAP. QOPM - FARMAC. BIOQUIMICO
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF - PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

"HUMANIZANDO E CUIDANDO BEM DA SUA SAÚDE"
Av. Higino Cunha 1642 - Ilhotas - Fone (86) 3216-1256 Fax (86) 3216-1520
CEP. 64.014-090 - Teresina-PI - C.N.P.J. 07.444.159/0002-25 - C.M.C. 035.372-8

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



POLICIA MILITAR DO PIAUI

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

NOME **LUCIDIO GONSALVES DE SOUSA**IDADE : **52 ANOS**

MEDICO

CONVENIO: **SUS**

COAGULOGRAMA

RESULTADO

TEMPO DE SANGRAMENTO:	02 min. 00 seg.	REFERENCIAL: Até 3 minutos
TEMPO DE COAGULAÇÃO:	08 min. 00 seg.	De 5 min. Até 10 min.
PROVA DO LAÇO:	NEGATIVO	Negativa
RETRAÇÃO DO COÁGULO:	TOTAL	Normal

OBSERVAÇÃO:

GLICOSE	92 mg/dl	70 - 99 mg/dl
UREIA	30 mg/dl	15 - 40 mg/dl
CREATININA	0,8 mg/dl	0,4 - 1,4 mg/dl

Luis Henrique - Rua: Nereu Reis - 11 - TEN PM
 RCPM 105.1001 13-21 Mai 14493-9
 Caixa 21 Sítio do Arquivo Técnico

TERESINA, 19 DE MAIO DE 2019

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
 CAP. QOPMS - FARMAC. BIOQUÍMICO
 CRF / PI 245

RAU LINO F. FERREIRA
 BIOQUÍMICO
 CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
 Farmacêutico-Bioquímico
 CRF-PI 0985

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"
 Av. Higino Cunha 1642 - Fone (86) 3216-1240 - Fax (86) 3216-1245
 CEP: 64014 - 090 - Teresina-PI. CNPJ: 07.444.159/0002-25 - CMC: 035.372-8

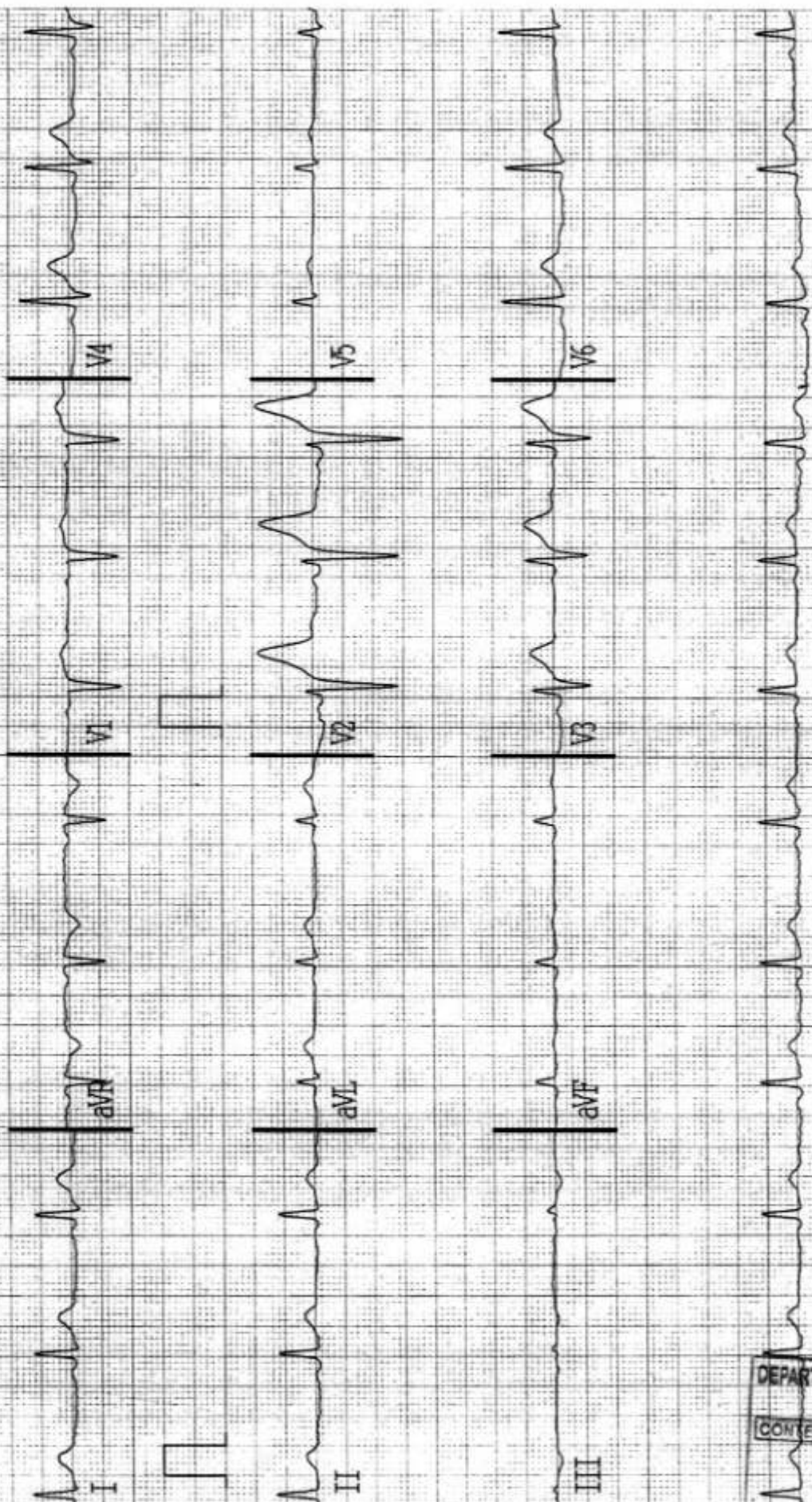
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
10 SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

PACIENTE: LUCIDIO GONÇALVES DE SOUSA
 DATA NASCIMENTO: 17/07/1967
 MÉDICO SOLICITANTE: DRª. DARCI

Normal Axis
 [Normal ECG]
 *** Comment ***

QRS dur.: 102 ms
 QT/QTc: 382/400 ms
 P-R-T axes: 20-35-9

Age: 52 yrs. Sex: M
 H: 0cm W: 0kg



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 SET. 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002470

Lucidio Gonçalves de Sousa Reg 1º TEN PM
 RGPM-107056110-20/Mul 14495-9
 Cadea 10000-40 Registro Técnico

All Channels 10mm/mV 25.0mm/sec. 50Hz. EMG.

BMS Plus - EKG Viewer

Bionet Co. Ltd.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"




Lucidio Gonçalves de Sousa
0924630

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.110.019 DATA DE EXPEDIÇÃO 24/08/10

NOME LUCIDIO GONÇALVES DE SOUSA

FILIAÇÃO MARIA, RODRIGUES DE SOUSA
JOSÉ GONÇALVES SILVA

NATURALIDADE UNIÃO-PI DATA 17/03/1967

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 17502 L 38 F 274
EXP UNIÃO-PI 17/03/67

CPF 169.951.488-78

0924630

ASSINATURA DO DIRETOR
MARCUS ANTONIO PINHEIRO DE VASCONCELOS

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES		DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO		CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME		MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO					
DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR		2922535 SSP PI					
CPF		038.077.223-00		DATA NASCIMENTO		12/03/1991	
FILIAÇÃO		HENRIQUE ALEXANDRINO DE CASTRO JANETE MARIA DA SILVA					
PERMISSÃO		AOC		CAT. HAB.		AS	
Nº REGISTRO		05620838968		VALIDADEZ		18/07/2023	
				HABILITAÇÃO		18/10/2012	
OBSERVAÇÕES							
A							
<i>Maycon Jackson Silva de Castro</i>							
ASSINATURA DO PORTADOR							
LOCAL		TERESINA, PI					
DATA DE EMISSÃO		20/08/2018					
NÚMERO DE REGISTRO		82414894055 PI320640224					
ASSINATURA DO EMISOR							

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"




Lucidio Gonçalves de Sousa
0924630

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.110.019 DATA DE EXPEDIÇÃO 24/08/10

NOME LUCIDIO GONÇALVES DE SOUSA

FILIAÇÃO MARIA, RODRIGUES DE SOUSA
JOSÉ GONÇALVES SILVA

NATURALIDADE UNIÃO-PI DATA 17/03/1967

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 17502 L 38 F 274
EXP UNIÃO-PI 17/03/67

CPF 169.951.488-78

0924630

ASSINATURA DO DIRETOR
MARCUS ANTONIO PINHEIRO DE VASCONCELOS

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1654606003

NOME
MATCON JACKSON SILVA DE CASTRO

DOC. IDENTIDADE (ORG. EMISSOR) 2922535 SSP PI

CPF 038.077.223-00 DATA NASCIMENTO 12/03/1991

PERMISSÃO
HENRIQUE ALEXANDRINO DE CASTRO
JANETE MARIA DA SILVA

PERMISSÃO ☐ ACP ☐ CAT. 198 ☐ AS

Nº REGISTRO 05620838968 VALIDADE 18/07/2023 PRABILITACÃO 18/10/2012

OBSERVAÇÕES
A

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL TERESINA, PI DATA DE EMISSÃO 20/08/2018

ASSINATURA DO EMISSOR

82414894055
PI320640224

PIAUI

PROIBIDO PLASTIFICAR
1654606003

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
10 SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

ROS
ADO

CNPJ 09.240.608/0001-04

9408 / 135

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0313615/19

Vítima: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

CPF: 169.951.488-78

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/05/2019

Titular do CPF: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO : 038.077.223-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA : 169.951.488-78

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/09/2019
Nome: MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO
CPF: 038.077.223-00

MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411514/19

Vítima: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

CPF: 169.951.488-78

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/05/2019

Titular do CPF: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO : 038.077.223-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA : 169.951.488-78

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/11/2019
Nome: MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO
CPF: 038.077.223-00

MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/11/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190652437 **Cidade:** União **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA **Data do acidente:** 17/05/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: PACIENTE APRESENTA CICATRIZES EM TERÇO DISTAL DO DORSO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO COM EDEMA DE PUNHO +/4+; ADM DE PUNHO ESQUERDO: EXTENSÃO 30º; FLEXÃO 40º; DESVIO RADIAL 0; DESVIO ULNAR 10º

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO MEDIANTE PLACA E PARAFUSOS E EVOLUIU, APÓS REABILITAÇÃO, COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: a vítima tem sinistro anterior (2012283558, acidente em 31/01/2011) no qual foi indenizada (AMD em 28/06/2012) em 18,75% da IS em virtude de sequelas no mesmo segmento lesionado no acidente ora analisado (punho esquerdo). Não foi observado agravamento do quadro sequelar em relação ao indenizado anteriormente. Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO EXTRAJUDICIAL "AD NEGOTIA"

OUTORGANTE	LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	UNIÃO - PI
Estado Civil	CASADO	RG nº	1.110.019
Profissão	RECUSO	CPF nº	169.951.488-78
Endereço	R. SANTO ANTONIO 1508 1524		
Bairro	BEIRA RIO	CEP	64120000
Município/UF	UNIÃO - PI ..		

OUTORGADOS: **MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, autônomo, portador do RG nº 2.922.535 e CPF nº 038.077.223-00, residente e domiciliado na Localidade São Felipe, zona rural, União – PI.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de mandato a parte que assina, denominada outorgante, nomeia e constitui como procurador o outorgado acima qualificado, a quem outorga os poderes para o foro geral, podendo os referido procurador em qualquer empresa, instituição ou órgãos públicos, nas esferas administrativas da União, Estados e Municípios e suas Empresas públicas, Autarquias e fundações, para que lhe represente e pratique todos os atos necessário para o bom e fiel cumprimento deste instrumento, especificamente para: DAR ENTRADA E ACOMPANHAR PROCESSO ADMINISTRATIVO DE SEGURO DPVAT JUNTO À SEGURADORA LÍDER, REFERENTE AO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ – ACIDENTE OCORRIDO EM 17/05/2019.

CARTÓRIO DE UNIÃO
Registro Civil e Notas

Rua Antônio Lobato, 850 - Centro - União - PI
Tel / Cel: (86) 99493-9833 - CNPJ: 32.278.12/0001-02
Tabela: Lucinete Oliveira Vianna

UNIÃO - PI, 09 de Setembro de 2019

Lucidio Gonçalves de Sousa
OUTORGANTE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 Set. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

COMPARSA DE UNIÃO
CARTÓRIO DO REGISTRO DE REGISTRO
CIVIL E DE NOTAS
Lucinete Oliveira Vianna
Escreva Pública e Oficial de Registro Civil e de Notas
RBS 51436

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0313615/19

Vítima: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

CPF: 169.951.488-78

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/05/2019

Titular do CPF: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO : 038.077.223-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA : 169.951.488-78

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/09/2019
Nome: MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO
CPF: 038.077.223-00

MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411514/19

Vítima: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

CPF: 169.951.488-78

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/05/2019

Titular do CPF: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO : 038.077.223-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA : 169.951.488-78

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/11/2019
Nome: MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO
CPF: 038.077.223-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/11/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

Ozeas Chaves Vieira Junior

Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190652437

Vítima: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

Data do Acidente: 17/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190652437

Vítima: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

Data do Acidente: 17/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190652437

Vítima: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

Data do Acidente: 17/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 169 951 488-78 4 - Nome completo da vítima: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA 6 - CPF: 169 951 488-78
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: R. SAUTO ANTONIO 9 - Número: 1509 10 - Complemento:
11 - Bairro: BEIRA RIO 12 - Cidade: UNIAO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 64120 000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 86 / 9.95005512

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1989 013 CONTA: 00047500 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem sob 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.

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

Rua Coelho de Resende, 465

Centro - Norte CEP: 64.000

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

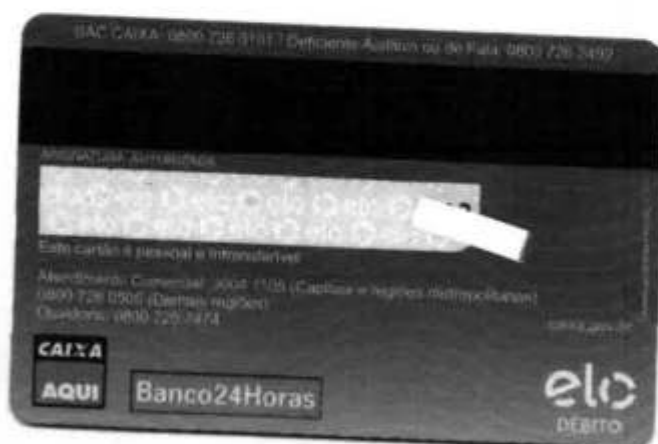
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, UNIAO - PE 09/09/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Lucidio Goncalves de Sousa

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002479



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.001793/2019-55

Unidade de Registro: 20º DP - UNIÃO

Resp. pelo Registro: Roberto Carlos Gomes Da Silva

Data/Hora: 05/09/2019 - 09:33

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

20º DP - UNIÃO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

UNIÃO

Endereço

RUA SEZOSTRE CORREA, Nº:

Complemento

Data/Hora

17/05/2019 - 08:30

Bairro

CENTRO

546828

Ponto de Referência

EM FRENTE A PREFEITURA MUNICIPAL

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LUCÍDIO GONÇALVES DE SOUSA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1110019

Mãe: MARIA RODRIGUES DE SOUSA

Endereço: RUA SNATO ANTONIO, Nº 1508

Bairro: BEIRA RIO

Cidade: UNIÃO

Telefone(s): 86-9513-2237

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

QUE NA DATA E LOCAL A CIMA MENCIONADOS, CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN KS, COR PRETA, PLACA PIH-1256, CHASSI 9C2JC4110FR207561, DE PROPRIEDADE DE DALVIANE LOBÃO DA CRUZ, CPF 070.006.093-62, NA RUA SEZOSTRE CORREA, EM FRENTE A PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIÃO, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTO E SIFREU UMA QUEDA QUE LHE CAUSOU UMA FRATURA NO ANTEBRAÇO ESQUERDO. QUE O ACIDENTE FOI TESTEMUNHADO POR UMBERTO BISPO DAS NEVES, RG 239.747, CPF 010.606.088-04, RESIDENTE NA RUA SANTO ANTONIO 15408, BAIRRO BEIRA RIO UNIÃO-PI E POR HELTON MEDEIROS DA COSTA, RG 1.919.877, CPF 942.271.793-00, RESIDENTE NA RUA SANTO ANTONIO 15408, BAIRRO BEIRA RIO UNIÃO-PI

Roberto Carlos Gomes Da Silva - Mat.
AGENTE DE POL.

Lucídio Gonçalves de Sousa
LUCÍDIO GONÇALVES DE SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação

Luccy Kelko Leal Parreira
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
10 SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 169 951 488-78 4 - Nome completo da vítima: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA 6 - CPF: 169 951 488-78
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: R. SAUTO ANTONIO 9 - Número: 1507 10 - Complemento:
11 - Bairro: BEIRA RIO 12 - Cidade: UNIAO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 64120 000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 067 9.95005312

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1989 013 CONTA: 00047500 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
10 SET. 2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
GENTE SEGURADORA
Rua Coelho de Resende, 465
Centro - Norte CEP: 64.000-000

40 - Local e Data, UNIAO - PE 09/09/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO
RUA SÃO PAULO, S/N BAIRRO SÃO JUDAS TADEU UNIÃO - PI
Fone (086) 3265 1116
CNPJ: 18.488.308/0001-93
E-mail: direcaohospital.hmu.pi@gmail.com

Vermelho

FICHA DE ATENDIMENTO

CONTROLE: _____ SERVIDOR: Carla DATA: 17/05/19 HORA: 08:52

01. DADOS DO PACIENTE:

NOME: Luercio Goncalves de Sousa DN: 17/03/67 ID: 52 SEXO: M

NOME DA MÃE: Maria Rodrigues de Sousa

CNS: _____ RG: 1140049 CONTATO: 95711467

ENDEREÇO: Rua Santo Antonio 11508 CEP: 64120000

BAIRRO: Pereira Rio Rio CIDADE: União UF: PE

FORMA DE ENCAMINHAMENTO:

☒ DEMANDA ESPONTÂNEA ☐ CENTRO DE SAÚDE ☒ SAMU ☐ PM ☐ BOMBEIRO ☐ OUTROS

02. ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

MOTIVO DA PROCURA: ☐ TRAUMA ☐ CLÍNICO ☐ PEDIÁTRIA

VITAIS/FC: _____ PA: _____ SAT. O2: _____ T: _____ DOR: _____ ECG: _____ GLICEMIA: _____ PESO: _____ ALTURA: _____

DESCRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA: _____

OBSERVAÇÕES:

VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

HORÁRIO: _____ ENFERMEIRO(A): _____

CONSELHO/REGISTRO:

03. HISTÓRIA CLÍNICA/ EXAME FÍSICO doente acutizado, com
problemas pulmonares e pneumonia esquerda.

04. EXAMES COMPLEMENTARES ☐ LABORATORIAL ☒ RX ☐ US

05. DIAGNÓSTICO

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: 08/09/19 DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

ANTONIA R. CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

06. PRESCRIÇÃO MÉDICA

01) Oxigênio - 2L/min, 10:04

07. CONDUTA

☐ ALTA ☐ ÓBITO ☐ EVASÃO TRANSFERIDO PARA: ☐ INTERNAÇÃO ☐ OUTRA UNIDADE ☐ CENTRO DE SAÚDE

08. HORA/SAÍDA ☐ URGÊNCIA ☐ EMERGÊNCIA ☐ NÃO URGÊNCIA

MÉDICO/CRM: _____ ENFERMEIRO(A)/COREN: _____

PACIENTE:

Carlos E. S. S. Melo
CRM: 113000

MÉDICO
CRM:

ENFERMEIRO(A)
COREN:

Almonda Emillyn Gonçalves Sousa



DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o paciente, **Lucídio Gonçalves de Sousa**, deu entrada neste hospital no dia 17 de maio de 2019, às 08h52min, vítima de acidente motocicleta, o mesmo chegou ao hospital socorrido na ambulância do SAMU.

União (PI), 08 de agosto de 2019.

Antonia Raimunda Viana da Silva

Antonia Raimunda Viana da Silva
Servidora do HMU.



HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO
RUA SÃO PAULO, S/N BAIRRO SÃO JUDAS TADEU UNIÃO - PI
Fone (086) 3265 1116
CNPJ: 18.488.308/0001-93
E-mail: direcaohospital.hmu.pi@gmail.com

Vermelho

FICHA DE ATENDIMENTO

CONTROLE: _____ SERVIDOR: Carla DATA: 17/05/19 HORA: 08:52

01. DADOS DO PACIENTE:

NOME: Luercio Goncalves de Sousa DN: 17/03/67 ID: 52 SEXO: M

NOME DA MÃE: Maria Rodrigues de Sousa

CNS: _____ RG: 1140049 CONTATO: 95711467

ENDEREÇO: Rua Santo Antonio 11508 CEP: 64120000

BAIRRO: Pereira Rio Rio CIDADE: União UF: PE

FORMA DE ENCAMINHAMENTO:

☒ DEMANDA ESPONTÂNEA ☐ CENTRO DE SAÚDE ☒ SAMU ☐ PM ☐ BOMBEIRO ☐ OUTROS

02. ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

MOTIVO DA PROCURA: ☐ TRAUMA ☐ CLÍNICO ☐ PEDIÁTRIA

VITAIS/FC: _____ PA: _____ SAT. O2: _____ T: _____ DOR: _____ ECG: _____ GLICEMIA: _____ PESO: _____ ALTURA: _____

DESCRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA: _____

OBSERVAÇÕES:

VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

HORÁRIO: _____ ENFERMEIRO(A): _____

CONSELHO/REGISTRO:

03. HISTÓRIA CLÍNICA/ EXAME FÍSICO Leitura de autoquestionário, com
problemas físicos sem nenhum sinal.

04. EXAMES COMPLEMENTARES ☐ LABORATORIAL ☒ RX ☐ US

05. DIAGNÓSTICO

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: 08/09/19 DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

ANTONIA R. ☒ CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

06. PRESCRIÇÃO MÉDICA

01) Oxi de ferro - 100mg, 1x1, 30:04

10 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

07. CONDUTA

☐ ALTA ☐ ÓBITO ☐ EVASÃO TRANSFERIDO PARA: ☐ INTERNAÇÃO ☐ OUTRA UNIDADE ☐ CENTRO DE SAÚDE

08. HORA/SAÍDA ☐ URGÊNCIA ☐ EMERGÊNCIA ☐ NÃO URGÊNCIA

MÉDICO/CRM: _____ ENFERMEIRO(A)/COREN: _____

PACIENTE:

Carlos E. S. S. Melo
CRM: 113000

MÉDICO
CRM:

ENFERMEIRO(A)
COREN:

Almonda Emillyn Gonçalves Sousa



DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o paciente, **Lucídio Gonçalves de Sousa**, deu entrada neste hospital no dia 17 de maio de 2019, às 08h52min, vítima de acidente motocicleta, o mesmo chegou ao hospital socorrido na ambulância do SAMU.

União (PI), 08 de agosto de 2019.

Antonia Raimunda Viana da Silva

Antonia Raimunda Viana da Silva
Servidora do HMU.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	25/09/2019	131	137,38

MARIA JOSE DOS SANTOS SILVA
LC SAO FELIPE S/N - B-RURAL
CPF: 00035413301391
CEP: 64.120-000 - UNIAO

ROT: 251.070.07.82.247100

Atual:	2972	Atual:	09/09/2019
Anterior:	2841	Anterior:	08/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	09/10/2019
Consumo Medido:	131	Emissão:	06/09/2019
Consumo Faturado:	131	Apresentação:	09/09/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	32
	Código de Irregularidade:		

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A2041613		1.1.1.1	136

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
AGO/19 117	CONSUMO 131 A R\$ 0,912203 = 119,49
JUL/19 125	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 15,45
JUN/19 163	CORRECAO MONETARIA IG 08/19-00 0,10
MAI/19 137	MULTA POR ATRASO 08/19-00 2,07
ABR/19 104	JUROS POR ATRASO 08/19-00 0,27
MAR/19 115	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 5,23
FEV/19 117	
JAN/19 113	
DEZ/18 130	
NOV/18 154	

TARIFA GEM TRIBUTOS:
0 A 131 - 0,655310

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 06/09/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO DD61.9DAD.E6AB.C545.71A5.B8CF.BB25.5E0A

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 25,13	Base de Cálculo: 119,49 93,20
Energia: 48,52	Alíquota ICMS: 22,00%
Transmissão: 8,20	Valor do ICMS: 26,28
Encargos: 4,01	Valor do PIS: 1,40%
Tributos: 33,63	Valor do COFINS: 6,49%

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			IYC			DHC	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	7,27	14,53	29,06	3,68	7,35	14,70	4,14	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Condição	UNIAO						Período de observação: 07/2019	R\$10: 44,26

ROT: 251.070.07.82.247100

83610000001 4 37380017000 4 00000000920 9 96380919008 4

10 SET. 2019



ENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

TOTAL A PAGAR (R\$)
287,25

DATAS DA LEITURA

Atual:	
Anterior:	29-08-2019
Próxima Leitura:	30-07-2019
Emissão:	28-09-2019
Apresentação:	28-08-2019
Dias de Consumo:	29-08-2019

Class/Subclasse	Normal	Unidade Consumidora	Código Pat.	Média 12 meses
Unidade Consumidora				

RESIDENCIAL
Máx./mín consumo

MONO		A1925589		DESCRIÇÃO DA CONTAS		1.1.1.1		237	
CONSUMO	256	A R\$	0,973442	=		249,20			
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)						30,16			
CORRECAO MONETARIA IG 07/19-00						1,31			
MULTA POR ATRASO 07/19-00						4,94			
JUROS POR ATRASO 07/19-00						1,64			
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA				-	0,11				
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA				-	9,88				

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 256 - 0.65447%

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 28-08-2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO						IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$					
8563.6F7C.4AE1.0051 A900 F916.2619.38C6											
Distribuição:						Base de Cálculo:					
Energia:	49,01					Alíquota ICMS:	249,20			181,91	
Transmissão:	94,70					Valor do ICMS:					
Encargos:	16,01					Valor do PIS:	27,00%				
Tributos:	7,84					Valor do COFINS:				67,28	
	81,54						1,40%			2,56	
							6,49%			11,80	
INDICADORES DE CONTINUIDADE											
	FIC					FIC				DMIC	DAMI
	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal			Mensal	
Linha											
Resposta											
Código	7,27	14,53	29,06	3,68	7,35	14,70	4,14				R\$D
	0,00			0,00			Período de análise:	0,00			

UNIAO

06/2019

TOTAL A PAGAR - R\$

MÊS FATURADO

08/2019

VENCIMENTO

05-09-2019

Nº da Nota Fiscal: 026563802

83630000002 0 87250017000 8 00000000174 3 64560819008 0



SEQ.: 00323 UC: 0174645-6 DT.LEIT.: 29/08/2019 T.ENTR.: 02
LEITURA: 6106 NORMAL TOTAL: 287,25 CARGA: 002
DT.VENC.: 05-09-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 7542

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

10 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	25/09/2019	131	137,38

MARIA JOSE DOS SANTOS SILVA
LC SAO FELIPE S/N - B-RURAL
CPF: 00035413301391
CEP: 64.120-000 - UNIAO

ROT: 251.070.07.82.247100

Atual:	2972	Atual:	09/09/2019
Anterior:	2841	Anterior:	08/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	09/10/2019
Consumo Medido:	131	Emissão:	06/09/2019
Consumo Faturado:	131	Apresentação:	09/09/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	32
	Código de Irregularidade:		

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A2041613		1.1.1.1	136

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
AGO/19 117	CONSUMO 131 A R\$ 0,912203 = 119,49
JUL/19 125	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 15,45
JUN/19 163	CORRECAO MONETARIA IG 08/19-00 0,10
MAI/19 137	MULTA POR ATRASO 08/19-00 2,07
ABR/19 104	JUROS POR ATRASO 08/19-00 0,27
MAR/19 115	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 5,23
FEV/19 117	
JAN/19 113	
DEZ/18 130	
NOV/18 154	

TARIFA GEM TRIBUTOS:
0 A 131 - 0,655310

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 06/09/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO DD61.9DAD.E6AB.C545.71A5.B8CF.BB25.5E0A

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 25,13	Base de Cálculo: 119,49 93,20
Energia: 48,52	Alíquota ICMS: 22,00%
Transmissão: 8,20	Valor do ICMS: 26,28
Encargos: 4,01	Valor do PIS: 1,40%
Tributos: 33,63	Valor do COFINS: 6,49%

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			IYC			DHC	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	7,27	14,53	29,06	3,68	7,35	14,70	4,14	
Sustentado	0,00			0,00			0,00	
Conjunta	UNIAO						Período de observação: 07/2019	R\$10: 44,26

ROT: 251.070.07.82.247100

83610000001 4 37380017000 4 00000000920 9 96380919008 4

10 SET. 2019



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 038 077 223 1 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

LUCÍDIO GONÇALVES DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 169 951 488 78

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima LUCÍDIO GONÇALVES DE SOUZA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 169 951 488 78, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RC. SÃO FELIPE</u>	Número: <u>511</u>	Complemento:
Bairro: <u>COVA RURAL</u>	Cidade: <u>VIÃO</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:	CEP: <u>64 120 000</u>	Tel (DDD): <u>86</u> / <u>9.95005512</u>

Local e Data: VIÃO - PE 04/09/2019

MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

1 0 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MAYCON JACKSON SILVA DE CASTRO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 038 077 223 1 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 169 951 488 78

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 169 951 488 78, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RC. SÃO FELIPE</u>	Número: <u>511</u>	Complemento:
Bairro: <u>COVA RURAL</u>	Cidade: <u>UNIAO</u>	CEP: <u>64 120 000</u>
E-mail:	Estado: <u>PE</u>	Tel (DDD): <u>86</u> / <u>9.95005512</u>

Local e Data: UNIAO - PE 04/09/2019

Maycon Jackson Silva de Castro
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: (0800 022 12 04)

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, DALVIANE LOBAO DA CRUZ

RG nº 3.835.092, data de expedição 29/11/12

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 070.006.093-62

com domicílio na cidade de UNIÃO, no Estado de

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

R. SÃO JORGE CASA 09 B. SÃO PEDRO, nº 09

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

LUCEDIO GONCALVES DE SOUSA, cujo o condutor era

LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

Veículo: MOTO Modelo: HONDA / CG 125 FAN KS Ano: 2015/2015

Placa: PIH 1256 Chassi: 9C2JC4110FR207561

Data do Acidente: 17/05/2019

Local e Data: UNIÃO - PI 10/09/2019

** Dalviane Lobão da Cruz*

Assinatura do Declarante

** Lucidio Gonçalves de Sousa*

Assinatura do Condutor

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

1º SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

COMARCA DE UNIÃO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
CIVIL E DE NOTAS - L
Lucinete Oliveira
Escritura Pública e Ofício
Civil e do C
União



CARTÓRIO DE UNIÃO
Registro Civil e Notas

Rua Antônio Lobão, 850 - Centro - União/PI - CEP: 64120-000
Tel: (86) 99493-9833 - CNPJ: 32.275.312/0001-02

Tabelião: Lucinete Oliveira Vieira

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE AS FIRMAS DE: DALVIANE LOBAO DA CRUZ E LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA, DOUFE EM TESTE DA VERDADE. DATA: 10/09/2019. Emol: 27,00, TITEL: 54, FMT: 0,20, Selos: 0,32, Total: 9,96. Selo: 27,00, ABS 51545 (05/05/19)

LUCINETE OLIVEIRA VIEIRA - Tabelião Interina

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: (0800 022 12 04)

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, DALVIANE LOBAO DA CRUZ

RG nº 3.835.092, data de expedição 29/11/12

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 070.006.093-62

com domicílio na cidade de UNIAO, no Estado de PIAUI, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R. SÃO JORGE CASA 09 B. SÃO PEDRO, nº 09

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

LUCEDIO GONCALVES DE SOUSA, cujo o condutor era

LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

Veículo: MOTO Modelo: HONDA / CG 125 FAN KS Ano: 2015/2015

Placa: PIH 1256 Chassi: 9C2JC4110FR207561

Data do Acidente: 17/05/2019

Local e Data: União - PI 10/09/2019

** Dalviane Lobão da Cruz*

Assinatura do Declarante

** Lucidio Gonçalves de Sousa*

Assinatura do Condutor

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

1º SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

COMARCA DE UNIAO
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
CIVIL E DE NOTAS - L
Lucinete Oliveira
Escritura Pública e Ofício
Civil e do C
União



CARTÓRIO DE UNIÃO
Registro Civil e Notas

Rua Antônio Lobão, 850 - Centro - União/PI - CEP: 64120-000
Tel: (86) 99493-9833 - CNPJ: 32.275.312/0001-02

Tabelião: Lucinete Oliveira Vieira

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE AS FIRMAS DE: DALVIANE LOBAO DA CRUZ E LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA, DOUFE EM TEST. DA VERDADE. UNIAO PI, 10/09/2019. Emol: 27,00 + 11,54 FMP: 0,20 Selos: 0,32 Total: 39,06 Selos: 27,00 + 11,54 (38/054)

LUCINETE OLIVEIRA VIEIRA - Tabelião Interina



HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO
RUA SÃO PAULO, S/N BAIRRO SÃO JUDAS TADEU UNIÃO - PI
Fone (086) 3265 1116
CNPJ: 18.488.308/0001-93
E-mail: direcao@hospital.hmu.pi@gmail.com

vermelho

FICHA DE ATENDIMENTO

CONTROLE: _____ SERVIDOR: Carla DATA: 17.05.19 HORA: 08:52

01. DADOS DO PACIENTE:

NOME: Luercio Gedeon de Sousa DN: 17/05/67 ID: 52 SEXO: M

NOME DA MÃE: Maria Rodrigues de Sousa

CNS: _____ RG: 1140049 CONTATO: 9541467

ENDEREÇO: Rua Santo Antonio, 1508 CEP: 64120000

BAIRRO: Pereira Rio Rio CIDADE: União UF: PE

FORMA DE ENCAMINHAMENTO:

☒ DEMANDA ESPONTÂNEA ☐ CENTRO DE SAÚDE ☒ SAMU ☐ PM ☐ BOMBEIRO ☐ OUTROS

02. ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.

MOTIVO DA PROCURA: ☐ TRAUMA ☐ CLÍNICO ☐ PEDIÁTRIA

VITAIS/FC: _____ PA: _____ SAT. O2: _____ T: _____ DOR: _____ ECG: _____ GLICEMIA: _____ PESO: _____ ALTURA: _____

DESCRIMINANTE/FATOR RISCO/ALERGIA:

OBSERVAÇÕES:

VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL ☐

HORÁRIO: _____ ENFERMEIRO(A): _____ CONSELHO/REGISTRO: _____

03. HISTÓRIA CLÍNICA/ EXAME FÍSICO doente desorientado, com
problemas de memória e equilíbrio.

04. EXAMES COMPLEMENTARES ☐ LABORATORIAL ☒ RX ☐ US

05. DIAGNÓSTICO

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: 08.08.19

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

ANTONIA R. ☐ CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

06. PRESCRIÇÃO MÉDICA

01) Oxi de ferro - 100mg, 1x1, 10:04

07. CONDUTA

☐ ALTA ☐ ÓBITO ☐ EVASÃO TRANSFERIDO PARA: ☐ INTERNAÇÃO ☐ OUTRA UNIDADE ☐ CENTRO DE SAÚDE

08. HORA/SAÍDA ☐ URGÊNCIA ☐ EMERGÊNCIA ☐ NÃO URGÊNCIA

MÉDICO/CRM: _____ ENFERMEIRO(A)/COREN: _____ PACIENTE: _____

Carla E. S. Melo
CRM: 123456

MÉDICO
CRM:

ENFERMEIRO(A)
COREN:

Alminda Emillyn Gonçalves Sousa

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o paciente, **Lucídio Gonçalves de Sousa**, deu entrada neste hospital no dia 17 de maio de 2019, às 08h52min, vítima de acidente motocicleta, o mesmo chegou ao hospital socorrido na ambulância do SAMU.

União (PI), 08 de agosto de 2019.

Antônia Raimunda Viana da Silva
Antonia Raimunda Viana da Silva
Servidora do HMU.



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



Confere com o(a) original que
foi apresentado(a) e dou fé.

Em 31/07/19

Setor do Arquivo Técnico do HPMP

Luiz Henrique Vasconcelos, 1º TEN. PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPMP
RG: 105198193-2 Matr. 14405-9

NOME DO PACIENTE

Meidito Gonçalves de Sousa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

479799/19

Obs: Não fornecemos 2ª via.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMP
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI
CEP 64.014-220
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

Saúde
Secretaria de Estado

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 206517
FORMA DE ENTRADA: ESTADUAL		AII: 2219100374007

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRCEL ARCOVERDE - HPM	CNES 7333451
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRCEL ARCOVERDE - HPM	CNES 7333451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
CARTÃO SUS 801410476151910	NOME DO PACIENTE LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA	17/03/1967	M	479799
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
	86995711367	MARIA RODRIGUES DE SOUSA	AMANDA EMILLYN GONCALVES SOUSA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO	NUMERO / LOTE		
61170977	RUA SANTO ANTONIO	1508		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICIPIO	UF	
BEIRA RIO		UNIAO	PI	

LAUDO TECNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS
 PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HA 01 DIA.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
 AS ACTMAS CITADAS

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
 RX DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO		Luis Henrique Gomes Silva 1º TEN PM ROPM 10-11-13-2º Mai 14405-9 Chefe do Setor de Arquivo Técnico
COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 00803031 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA UNICA DO RADIO DA ULNA		
LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRA/ORTOLOGIA (MASCULINO)	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 17/05/2019	ALEXOMAR VERAS VIANA CPF: 53914057353
DATA ADMISSÃO 17/05/2019 21:45	DATA ALTA 31/05/2019 09:00	MOTIVO ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)					
TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA
					CBOR NATUREZA DA LESÃO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO		AUTORIZAÇÃO	
PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER AUDITORIA	PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER AUDITORIA
TANIA MOREIRA AREA LEAD CPF: 186115902	CRM	TANIA MOREIRA AREA LEAD CPF: 186115902	CRM
DATA ANALISE: 21/05/2019 11:36:30		DATA ANALISE: 21/05/2019 11:36:30	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NAO VERIFICADO 10 SET 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende,465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470
--



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

206517

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

3 - Nome do estabelecimento executante:
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

2 - CNES
2323451

4 - CNES
2323451

Atendimento
976405

Identificação do Paciente

5 - Nome: **LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA**

7 - CNS: **801440426154946**

8 - Nascimento: **17/03/1967**

9 - Sexo: **M**

6 - Prontuário: **479799**

11 - Mãe: **MARIA RODRIGUES DE SOUSA**

12 - Fone: **86-9.95711467 / 995319024**

13 - Resp: **AMANDA EMILLYN GONCALVES SOUSA**

14 - Cor: **PARDA**

15 - Ender.: **RUA SANTO ANTONIO**

16 - Munic: **UNIAO**

17 - Cod. IBGE: **221110**

18 - UF: **PI**

19 - CEP: **64120-972**

RG: **11100-19**

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

*Queda com trauma
no pulso*

21 - Condições que justificam a internação:

Doi

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

Rx

23 - Diagnostico Inicial:

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

24 - Cid Princ.: **S525**

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C.Ass.: _____

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0408020440 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESÃO FISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

29 - Clínica: **POSTO II**

30 - Carater.: **02**

Ident.: **1**

31 - Documento: **CPF**

32 Doc. Med. Solic.: **16778699841**

33 - Nome Profissional / Assistente
LEANDRO PONCE LEAL

34 - Data de Solicitação:
17/05/2019

Com Memória de: **01/05/2019 11:10 PM**
RCPM 104 1581 13-21 Mai 14485-9
Cidade: **União** do Araguaia - TO

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

38 - () Acidente de Trabalho Trajeto.

39 - CNPJ Seguradora:

40 - CNPJ Empresa:

41 - Série

42 - Nº. Bilhete.

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

45 - Vinculo com a Previdência. () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

48 - Documento

49 - Num. Documento

47 - Data Autorização:

06/06/2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

GENTE SEGURADORA

Rua Coelho de Resende, 455 - 1012
Centro - Norte CEP: 64.002470

ROMARIO SANTOS

21:38:46

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Amanda Emillyn Gonçalves Sousa

Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL

SIM ☐ NÃO ☐

IDEM OUTROS HOSPITAIS

SIM ☐ NÃO ☐

CLÍNICA

Médico Assistente

Permanência

CLÍNICA

FICHA DE PRONTUÁRIO

Nome: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

17/05/2019

Nasc.: 17/03/1967 Sexo: M

Convênio: SUS - INTERNACAO

Pront.: 479799

Atendimento: 976405

Enfermaria: POSTO II

ENF 204 LEITO

Leito: 204

Pai: JOSE GONCALVES SILVA

Mãe: MARIA RODRIGUES DE SOUSA

RG: 1110019

Residência:

RUA SANTO ANTONIO

Nr.: 1508

Cep: 64120972

Bairro: BEIRA RIO

Cidade: UNIAO

Telefone: 86 - 995711467

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

*Queda com trauma
no antebraço*

DIAGNÓSTICO

Provisório: *FT DE ROTO*

Principal: *osteomielite radio*

CID S525

Procedimento:

CID

Sintomas e Sinais Principais

Dor

Causa Médica

Histo - Patológico:

Luis Henrique Pinheiro Reis 1º TEN PM
RQPM 1515313-2º Mai 14495-9
Coelho da Silva do Arquivo Técnico

TRATAMENTO

Tipo:

Terapêutica Médica

Operação

Eficácia

- ☐ Nenhuma
☐ Médico
☐ Cirurgia
☐ Médico Cirurgico

- ☐ Nenhuma
☐ Médico
☐ Cirurgia
☐ Médico Cirurgico

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação
17/05/2019 21:34:18

Data da Alta:
31/05/2019

Data da Hospitalização

ALTA

Saída

Transferência

Óbito

- ☐ Curado
☐ Melhorado
☐ Inalterado
☐ A Pedido
☐ Internação p/ Diagnóstico
- ☐ Divisão Médica
☐ Por Indisciplina
☐ Evasão
☐ P. Ambulatório

- ☐ Fisiologia
☐ Psiquiatria
☐ Outros

- ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas após alta

THE / /

Assinatura:

Dr. Alciomar Vercas Vianna

10 SET. 2019

"Humanizando e Cuidando Bem do Doente"
Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520
CEP.: 64014-090 - Teresina - PI. CNPJ.: 07.444.159/0002-25 - CMC. 035.372-8

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64 002470



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 30/03/2019
Nº DO PRONTUÁRIO: 47799 SALA: 07
CÓD DA CIRURGIA:

Descrição da Cirurgia:

- ① Pt em son nos bloqueios
- ② Incisão no antebraço e
- ③ - Retirado Placa
- ④ - Redução da ft antebraço
- ⑤ - Sinter com placa e parafusos
- ⑥ - Sutura

Luz Henrique de Almeida Reis 1º TEN PM
RPM 105158113-2º Mai 14485-9
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

Dr. Alciomar Viana
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CRM: 2631 / TEF 10462

Cirurgia: Osteotomia do olecrânio
Cirurgião: Alciomar Viana
1º Auxiliar: -
2º Auxiliar: -
3º Auxiliar: -
Instrumentador: Kely
Circulante: Inez
Inez Mª M.A Xavier
Coren/283377-Te

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 30/05/19
Nº DO PRONTUÁRIO 99791 SALA 07
CÓD DA CIRURGIA:

NOME: Valdivino de S. Pires Neto Idade 52a. Sexo M ASA I
PROCEDIMENTO: Cirurgia de abdômen
CIRURGIÃO: Valdivino ANEST.: Valdivino ANESTESIA: 15:30 + Sedação
INSTR.: F. C. CIR.: F. C. INICIO: 14:30 FIM: 15:30 SALA: 07
P.A. F.C. PESO: Hto. Glicemia Creatina Respir:

MONITORIZAÇÃO		OXIGENIO										SEQUÊNCIA	
ALERTA MALATIA	RESPOSTA VIA SANG.	1											
		2											
		SaO2 (%)										10 Manos - 15ml	
		E.C.G.										X 12% - 15ml	
		EtCO2 (mmHg)										+ H2O det 10ml	
												10 Cerebral - 15ml	
												10 Tidal - 15ml	
												10 Ocular - 15ml	
												10 Renal - 15ml	
												10 Urinary - 15ml	
												10 Blood - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	
												10 Urine - 15ml	

Técnica Anestésica:

Comentários Adicionais:

MONITORIAÇÃO	☒ ECG	☐ Oxímetro
	☐ PAM	☐ Capnógrafo
	☒ PANI	☐ PVC
Gases		Tempo
Oxigênio (l)	07	15:30
N2O (l)		
Ar. Med. (l)		

Medicamentos Utilizados

Adrenalina Amp
Água dest. 10ml 04 Amp
Atropina Amp
Bextra Amp
Bromoprida Amp
Cefazolina 1g 02 Fr
Cefotolona Fr
Ciprofloxacina Fr
Clonidin 01 Amp
Colóide () Fr
Dexametazona 04 Amp
Diazepam Amp
Dimorf mg Amp
Dipirona Amp

Dolapina Amp
Droperidol Amp
Etoril Amp
Etidim Amp
Enflurano ml
Fentanil 02 1004
Fentanil (S/C) Amp
Halotano ml
Hidrocortisona ml
Isoflurano ml
Jelco n° Und
Lidocaina 2% 400 Fr 15ml
Mefenidol Amp
Manitol Fr

Midazolam 01 Fr 10mg
Metronidazol Fr
Neocaina Psa 0.5% 01 Amp
Narcen Amp
Novabupr 0.5% Fr
Nubain Amp
Neocaina 2% 41 Vol Fr 15ml
Neocaina 0.5% isobar Amp
Neostigmina Amp
Omeprazol Fr
Ondasetrona 01 Amp
Polio Cel Fr
Pancurônio Amp
Pentel Fr

Propofol ml Amp
Ranitidina 01 Amp
Quelicin Amp
Quetamina 01 100mg
Remifentanil Fr
Ringer-lactado Fr
S. Fisiológ. 0.9% ml 02 Fr
S. Glicosado 5% ml Fr
Scalp n° Und
Tracur Amp
Tilatil 01 Fr
Tiopental Fr
Valdivino
Anestesiologista-CRM

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Valdivino de S. Pires Neto
Anestesiologista
CRM: 1060



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
 SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
 SUPERINTENDENCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SUPAS
 DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - JOCAR

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA 12/05/19 HORA: _____ Nº DO TELEFONE: _____
 HOSPITAL SOLICITANTE _____ MUNICÍPIO _____
 MÉDICO: _____ CRM: _____

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

Obstétrica ☐ Trauma ☒ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Pediatria ☐ Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Murilo Cruz
 Data de Nascimento: _____ Idade: _____ anos Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino
 CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde: _____

Município de Procedência: _____

ADA: Plano de saúde com cobertura em Rádios de Amss e outros, com cobertura remota e prática no mesmo local (Fornecimento de 2014) - falta análise do plano.
 Fotos do caso e no número: 98524763 CID: _____

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

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

RESPOSTA VERBAL

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

RESPOSTA MOTORA

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

SINAIS VITAIS

Tem: _____ °C bpm R: 20 mm PA: 120 mmHg Sat O: 99 Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ☐ Oxigênio ☐ Hidratação Venosa
- ☐ Aspiração ☐ Medicação (especificar) _____
- ☐ Curativo ☐ Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Assinatura e carimbo do Médico

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 10 SET. 2019
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002470

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HPM (Hospital de Patrimônio Municipal)

Clinica: _____

Senha: 201403



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



RISCO CIRÚRGICO CLÍNICO E CARDIOLÓGICO

204-3

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME Juciano Gomes de Sá IDADE: 52 SEXO M() F() DATA: 20/5/19

2. CIRURGIA PROPOSTA:

3. REVISÃO/ANTECEDENTES (S/N)

1. Cirurgia anterior () 2. AVC () 3. Alergia respiratória () 4. Alergia medicamentosa () 5. Diabetes ()
6. Dça. Art. Coop. () 7. ICC () 8. Dça. Pulm. () 9. HAS () 10. IAM () 11. Asma () 12. DPOC ()
13. T.B () 14. Fumo () 15. Reumatismo () 16. Dça. De chagas () 17. Uso Medie () 18. DUAP () 19. Dça Renal () 20. Anemia () 21.
Dist. Coag. () 22. Outros ()
COMENTÁRIOS: amblyop

4. EXAME FÍSICO - IMPRESSÃO GERAL

- a) ESTADO GERAL: 1. Bom () 2. Regular () 3. Precário () 4. Dispneico () 5. Ictérico () 6. Cianótico ()
b) Aparelho respiratório - Expansibilidade: abund MV: abund FTV: abund
Ruídos Advercticos: SIM () NÃO ()
c) Aparelho circulatório: PA 130 x 80 mmHg Pulsos: 110 FC: 70
Inspeção e palpação: abund Ausculta RC: abund Bulhas: abund
d) Abdômen-Pelve: abund

5. ÍNDICE DE REFERÊNCIA

a) ÍNDICE DE RISCO CARDÍACO (Detsky, 1986)

- | | |
|---|--|
| 10 Infarto agudo do miocárdio nos últimos 6m | 5 Edema pulmonar no passado |
| 5 Infarto agudo do miocárdio há mais de 6m | 20 Estenose aórtica crítica |
| 10 Angina classe III (CSS*), limitação importante às atividades físicas diárias | 5 ECG recente c/ ritmo não-sinusal ou extra-sístole atrial |
| 20 Angina classe IV (CCS), angina nos mínimos esforços ou repouso | 5 Estado geral precário |
| 10 Angina instável nos últimos 6m | 5 Idade > 70 anos |
| 10 Edema pulmonar na última semana | 10 Cirurgia de emergência |
| < 15 pts: Baixo risco de complicações | |
| > 15 pts: Alto risco de complicações | |

*CCS: Canadian Cardiovascular Society

CONCLUSÃO:

a) NEW YORK HEART ASSOCIATION (NYHA)

- CLASSE I - Ind. com dça. cardíaca sem limitação da atividade física
CLASSE II - Ind. com dça. cardíaca com pequena limitação da atividade física
CLASSE III - Ind. com dça. cardíaca com importante limitação da ativ. física
CLASSE IV - Ind. com dça. cardíaca e incapaz de fazer atividade física
CONCLUSÃO:

c) AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGY (ASA)

- ASA I - índice saudável
ASA II - índice com dça. sistêmica discreta
ASA III - índice com dça. sistêmica grave/lim. da ativ./não incapacitante
ASA IV - Moribundo; sem esperança de sobrevivência p/24h c/ ou s/ cirurgia
CONCLUSÃO:

d) ÍNDICE DE RISCO CARDÍACO-GOLDMANE COL. (1997)

1. HISTÓRIA (a). Ind. +70 anos (5pt) (b) IAM prévio (10pt)
2. EX.FÍSICO (a) Galope ou estase jugular (11pt) (b) Estenose imp (3pt)
3. ECG (a) Ritmo não-sinusal/ BAP (7pt) (b) BVP + Smin (7pt)
4. ESTADO GERAL: PaO2 < 60 / PaCO2 > 50 / K < 3 / Creatin > 3 / TGO/TGP Anormal
Insuf. Hepática / Ind. Acamado
IND.: GRUPO I (0-5 pt) compl. não fatal 0.7% fatal 0.2%
GRUPO II (6-12 pt) 5% 2%
GRUPO III (13-25pt) 11% 2%
GRUPO IV (+12 pt) 22% 56%

CONCLUSÃO:

Ass. e carimbo Médico:

EXAMES

1. Ht/Hb/Plaql. 38/11.8/285
2. Leuco/Bt/Seg: 510/84
3. Glicose: 173
4. Ur/Cr: 506-7
5. TS/TC: 2/4
6. TGO/TGP: abund
7. Trofo/CKmb: abund
8. ECG: abund
9. Urina-I: abund
10. ECO 2D: abund
11. U.Som: abund
12. RX Tórax: abund
13. TC/RNM: abund

Lup Hengue - 1000000 Res 1ª TEN PU
RCPB 10/10/10-21 Max 14405-9
Dieta 10 Selo de Análise Técnica

Dr. Francisco José Lima
CARDIOLOGO
CLÍNICA ME
CRM-PI 2101
1715
282

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 SET 2019

Hospital Dirceu Arcoverde da Polícia Militar do Piauí -

HPMPPI

GENE SEGURADORA S.A.
Rua Colombo de Resende 165 Loja C
Fone: (85) 3216 1500
CNPJ: 07.244.740/0001-00

**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE****"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"****Nº ORDEM.....: 152152****NOME.....: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA****MÉDICO SOLIC: ALCIOMAR VERAS VIANA****DATA LAUDO...: 03/06/2019****CONVÊNIO: INTERNO****DATA REALIZ: 31/05/2019****IDADE: 52 anos****CRM: 2631-PI****CÓDIGO: 45967****RX ANTEBRAÇO ESQUERDO**

O estudo radiológico do antebraço, realizado incidência ântero-posterior e lateral, demonstra:

- Presença de fratura no terço médio do rádio fixada com placa e parafusos metálicos.

± Túneis ósseos na diáfise do rádio de provável fixação prévia.

- Presença de pequeno fragmento ósseo em partes moles no nível supracitado.

- Aumento de partes moles.

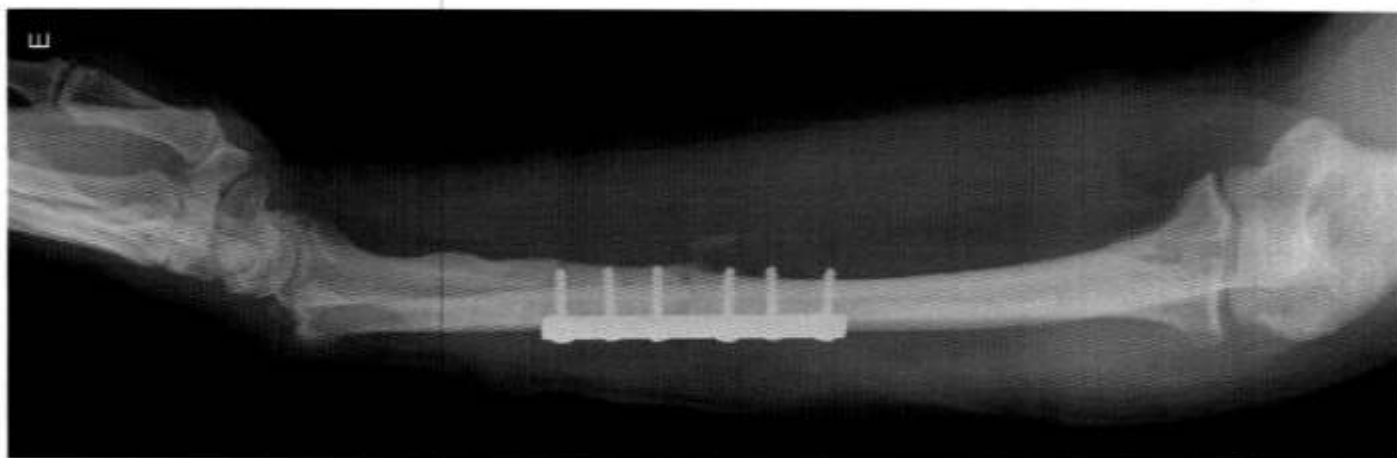
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**Controle pós operatório.**

Lucio Henrique Fontenele Gomes Res. 1º TEN PM
R/CPM 107198773-2º Mai. 1445G-9
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

IVAN FONTENELE GOMES
CRM 2426-PI
CRM

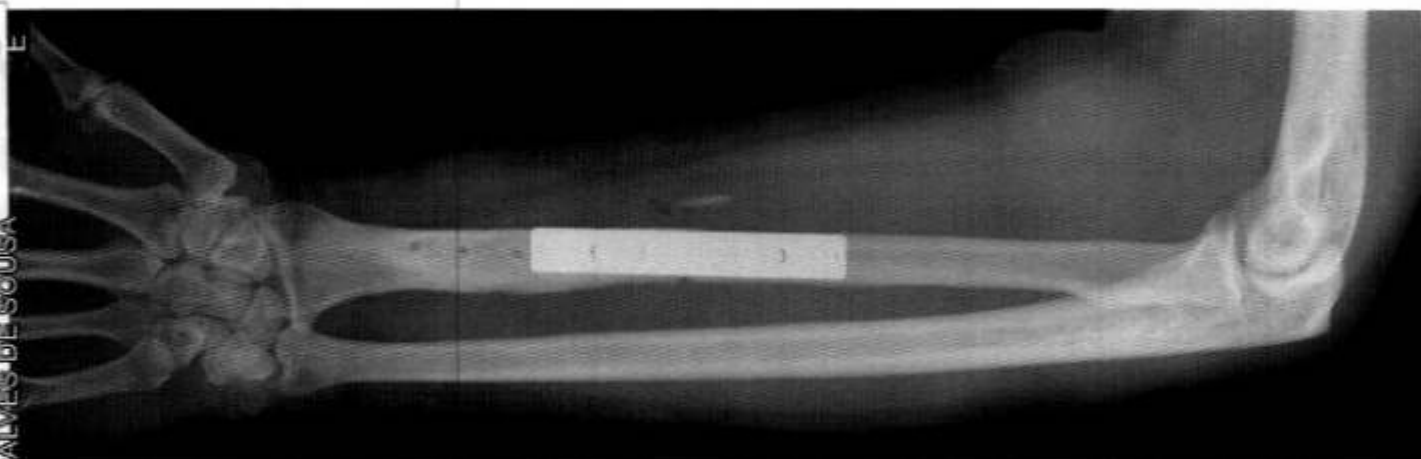
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
10 SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

HPM




 Luis Henrique Viana de Resende 1º TEN PM
 RG/PM: 10713811-2º Mai 14435-9
 Cel. J. S. de Aguiar Teófilo

ID: INT.01. 31/03/19
 Paciente: LUCIO GONCALVES DE SOUSA
 Idade: 062Y
 Sexo: M



DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NAO VERIFICADO 10 SET. 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

Hora: 07:29
 Exam: 31/03/2019



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 150336
PACIENTE: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA
NOME DA MÃE: MARIA RODRIGUES DE SOUSA
DATA DO NASCIMENTO: 17/03/1967
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 17/05/2019
DATA DO LAUDO: 22/05/2019
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Fratura completa desalinhada na diáfise média do rádio.
Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.
Placa e parafusos metálicos na diáfise distal do rádio.
Fratura-avulsão no processo estilóide da ulna.
Redução difusa da densidade mineral óssea.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura completa desalinhada na diáfise média do rádio.
Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.
Placa e parafusos metálicos na diáfise distal do rádio.
Fratura-avulsão no processo estilóide da ulna.
Redução difusa da densidade mineral óssea.

*Correlacionar com dados clínicos.

Las Heras, 17 de Maio de 2019
FC/PM 105/10/11/13-2; Mag. 14493-9
Código de Arquivo Técnico

Nayra Virginia S. Costa
CRM-PI 3326

NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA
CRM: 3326

Av. Higino Cunha, 1642 - Ilhotas - Teresina/PI
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3216-1520
Fax (86) 3216-1520

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
10 SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

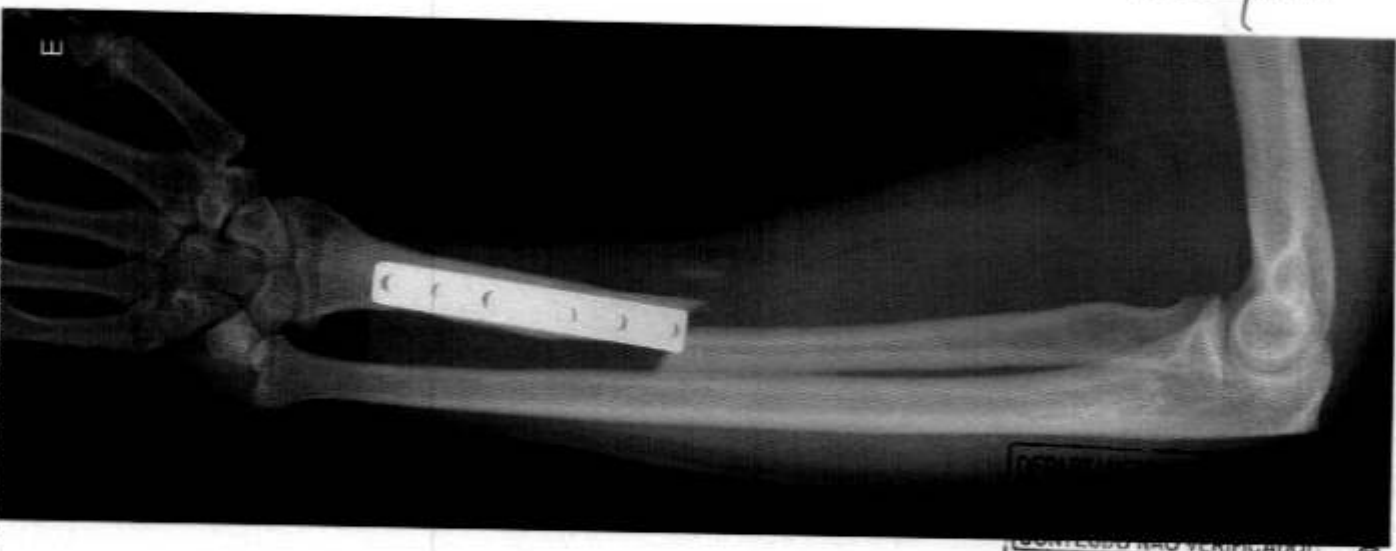
ID: 180836

Paciente: LUCIDIO GONCALVES DE SOUSA

Idade: 052Y

Sexo: M

HPM

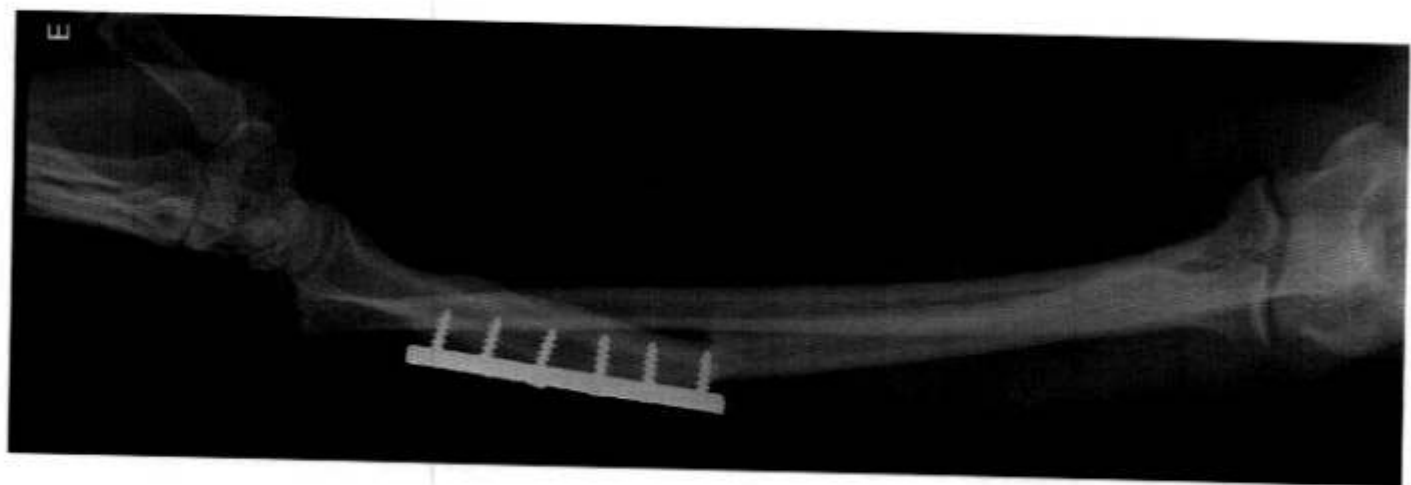


CONFESSÃO NÃO VERIFICADA
10 SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Nota: 08305
Exame: 180832019



Luiz Henrique T. de M. R. - R. 14-TEX PIA
RCPM 10F150113-2 Atos: 14495-9
Cabe: 1-Sete de Agosto 1999





POLICIA MILITAR DO PIAUI
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

NOME: **LUCIDIO GONSALVES DE SOUSA**
MÉDICO
CONVÊNIO: SUS

IDADE: 52 ANOS

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LABTEST

ERITROGRAMA

VALORES ENCONTRADOS

VALORES DE REFERENCIA:

Hemácias em milhões/mm³
Hemoglobina em g/dl
Hematócrito em %

4,20

11,8

38,0

HOMEM

4,5 - 6,5

13,5 - 18,0

40,0 - 54,0

MULHER

3,9 - 5,8

11,5 - 16,4

36,0 - 47,0

OBSERVAÇÕES: Hemácias normocíticas e normocrômicas.

LEUCOGRAMA

VALOR ENCONTRADO

REFERENCIAL

Leucócitos por mm³

5.600

4.000

10.000

Bastões
Segmentados
Eosinófilos
Basófilos
Linfócitos
Monócitos
Metamielócitos
Mielócitos

%

REFERENCIAL

ABSOLUTO

REFERENCIAL

0

3

5

74

50

66

1

2

4

0

0

1

24

20

30

1

4

8

0

0

1

0

0

0

120

500

2000

6600

80

400

0

100

800

3000

160

800

0

0

100

0

0

0

OBSERVAÇÕES:

PLAQUETAS

285.000 mm³

100.000/mm³ - 400.000/mm³

Obs: Plaquetas contadas eletronicamente por impedância elétrica.

OBSERVAÇÕES: Plaquetas Morfologicamente normais e bem distribuidas

Luis Henrique V. G. Mendes, 09/05/2019, 14:45:09
REC-PM 10510-10/2019, Mai, 14495-9
(Assinatura e Selo do Arquivo Técnico)

TERESINA, 19 DE MAIO DE 2019

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
CAP. QOPM - FARMAC. BIOQUIMICO
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF - PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

"HUMANIZANDO E CUIDANDO BEM DA SUA SAÚDE"
Av. Higino Cunha 1642 - Ilhotas - Fone (86) 3216-1256 Fax (86) 3216-1520
CEP. 64.014-090 - Teresina-PI - C.N.P.J. 07.444.159/0002-25 - C.M.C. 035.372-8

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



POLICIA MILITAR DO PIAUI

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

NOME **LUCIDIO GONSALVES DE SOUSA**IDADE : **52 ANOS**

MEDICO

CONVENIO: **SUS****COAGULOGRAMA****RESULTADO**

TEMPO DE SANGRAMENTO:

02 min. 00 seg.**REFERENCIAL:**

Até 3 minutos

TEMPO DE COAGULAÇÃO:

08 min. 00 seg.

De 5 min. Até 10 min.

PROVA DO LAÇO:

NEGATIVO

Negativa

RETRAÇÃO DO COÁGULO:

TOTAL

Normal

OBSERVAÇÃO:

GLICOSE

92 mg/dl

70 - 99 mg/dl

UREIA

30 mg/dl

15 - 40 mg/dl

CREATININA

0,8 mg/dl

0,4 - 1,4 mg/dl

Luc. Henrique e Luc. Nelson Reis - TEN PM
RCPM 105.1081 13-21 Mai 14493-9
Cale. 21 Sítio do Arquivo Técnico

TERESINA, 19 DE MAIO DE 2019

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO

CAP. QOPMS - FARMAC. BIOQUÍMICO
CRF / PI 245RAU LINO F. FERREIRA
BIOQUÍMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA

Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

10 SET. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

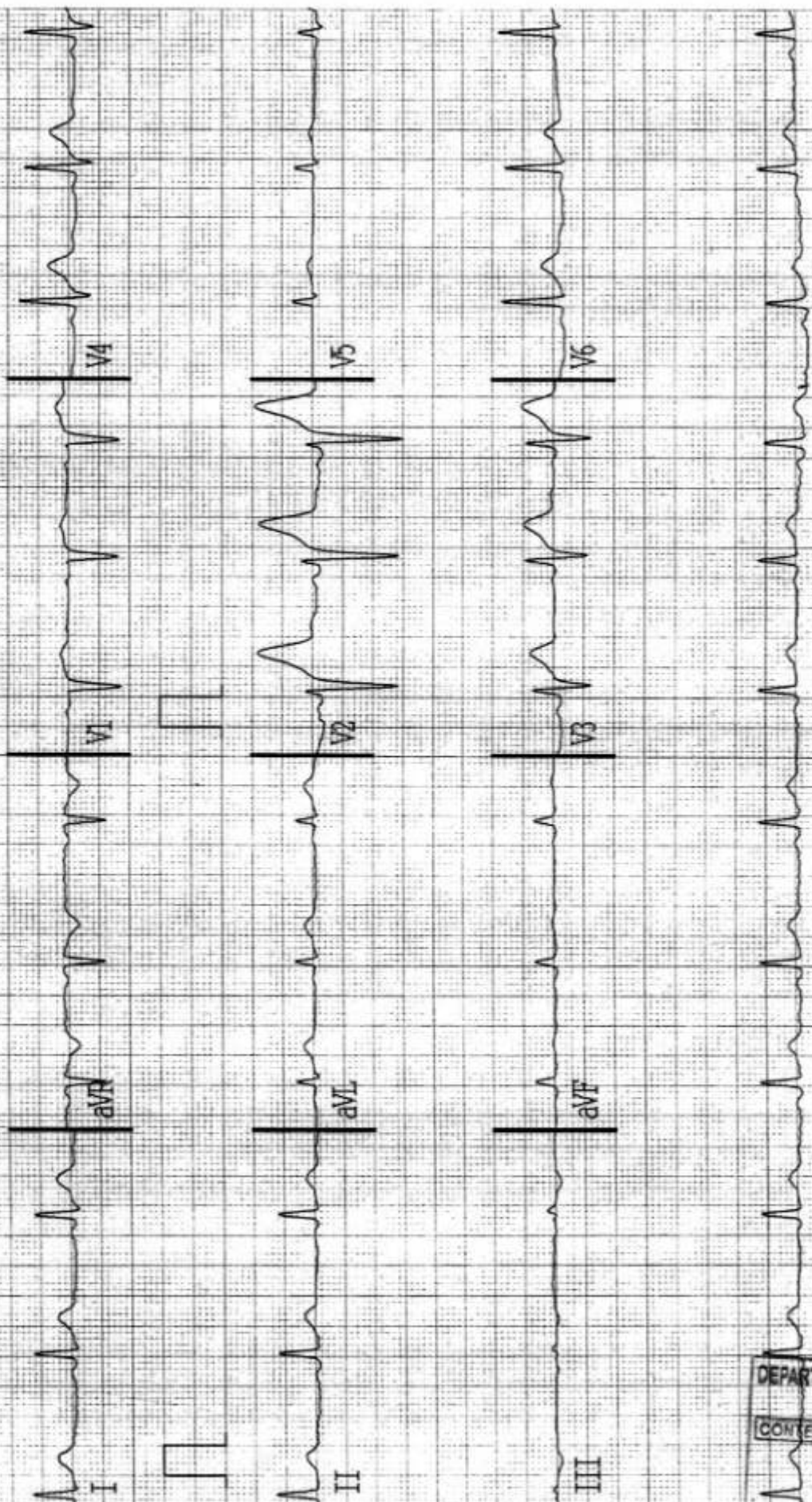
Av. Higino Cunha 1642 - Fone (86) 3216-1240 - Fax (86) 3216-1245
CEP: 64014 - 090 - Teresina-PI. CNPJ: 07.444.159/0002-25 - CMC: 035.372-8

PACIENTE: LUCIDIO GONÇALVES DE SOUSA
DATA NASCIMENTO: 17/07/1967
MÉDICO SOLICITANTE: DRª. DARCI

Normal Axis
[Normal ECG]
*** Comment ***

QRS dur.: 102 ms
QT/QTc: 382/400 ms
P-R-T axes: 20-35-9

Age: 52 yrs. Sex: M
H: 0cm W: 0kg



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
SET. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Lucidio Gonçalves de Sousa Reg 1º TEN PM
RGPM-107056110-20/Mul 14495-9
Cadastrado no Registro Técnico

All Channels 10mm/mV 25.0mm/sec. 50Hz. EMG.
BMS Plus - EKG Viewer Bionet Co. Ltd.