

Audiência x Tribunal x Pje Acesso 1 x Consulta x 0800626 x Sistema x Download x Controle x Audiência x Upload x + -

tpje.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=502076&ica=c1952c81a4e41974d7a32f0581... Pausada

Apps Babylon Search http://feed.helperb... Google www.esdc.com.br/R... hao123 - O melhor... chrome-extension/... Histórico Outlook - helderjus... Questões de conc...

ProceComCiv 0800626-26.2020.8.18.0028 JAMES DUARTE DAMASCENO X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SE...

9899188 - CONTESTAÇÃO (2719941 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 25/05/2020 20:49:33

25 May 2020

- JUNTA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 9899182 - CONTESTAÇÃO
 - 9899188 - CONTESTAÇÃO (2719941 CONTESTACAO 01)
 - 9899191 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2719941 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 9899192 - Procuração (Anexo 03 sub atos procuracao compressed web)
 - 9899206 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
 - 9899209 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

05 May 2020

- EXPEDIÇÃO DE OUTROS DOCUMENTOS. 11:23
- EXPEDIÇÃO DE OUTROS DOCUMENTOS. 11:17

2719941 - CJ/2020-01858/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE FLORIANO/PI

Processo: 080062620208180028

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."

Ativar o Windows. [Assa a configuração do computador para ativar o Windows.](#)

protocolo.pdf protocolo.pdf Sentença.pdf 2 - integral.pdf 1 - integral.pdf Exibir todos

20:49 25/05/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE FLORIANO/PI

Processo: 08006262620208180028

AUSÊNCIA DE COBERTURA

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

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 **JAMES DUARTE DAMASCENO**, 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 **10/09/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **06/09/2018**.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista que os documentos apresentados não se mostraram hábeis ao recebimento da indenização.

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.

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

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DAS DIVERGÊNCIAS DE INFORMAÇÕES REFERENTES AOS DOCUMENTOS MÉDICOS

Conforme dispõe o art. 385, NCPC/15, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, tendo em vista ter informado a vítima em processo administrativo não ter ciência quanto ao relatório fisioterapêutico emitido pela Dra Cibelle Silva declarando que não ter comparecido na consulta de avaliação. Desta forma pugna bem como toda documentação juntada aos autos, em especial os documentos médicos.

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a autenticidade dos DOCUMENTOS MÉDICOS apresentados aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício a clínica de fisioterapia onde a Dra CIBELLE SILVA FERREIRA realiza atendimentos ao qual fez o relatório médico, e ao Hospital Tibério Nunes na qual atendeu a vítima no dia da ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

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.

- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**⁴.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo⁵.

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)

⁴“SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT.(TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)

⁵“APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, DEZESSETE ANOS APÓS O SUPOSTO ACIDENTE. ÔNUS DA PROVA. INCUMBÊNCIA DO AUTOR. ART. 333, I, CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. Não há nos autos qualquer elemento que comprove que as lesões suportadas pela apelante sejam decorrentes de acidente automobilístico. 2. A requerente sequer trouxe aos autos prova do atendimento hospitalar realizado na data do sinistro, ou ainda, prova do tratamento médico realizado decorrente das lesões alegadas. (TJ-PR 8967797 PR 896779-7 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 24/05/2012, 9ª Câmara Cível)

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

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 geral⁶.

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 vítima⁷.

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:

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.

⁶RECURSO 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.

⁷**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.”

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 citação⁸.

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 ação⁹

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.

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:

⁸“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁹**art. 1º. (...)**

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

- 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,

FLORIANO, 25 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%)	Media (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 cursem 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	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	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 dentre os outros dedos da mão					
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 **JAMES DUARTE DAMASCENO** , em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **FLORIANO**, nos autos do Processo nº 08006262620208180028.

Rio de Janeiro, 25 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

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 Apelino Genesio do Nascimento inscrito (a) no CPF/CNPJ 077.532.253/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário James Duarte Damasceno inscrito (a) no CPF sob o Nº 628.487.743/98, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidação da Vítima James Duarte Damasceno, inscrito (a) no CPF sob o Nº 628.487.743/98, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, 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>Rua Bento Leal</u>		Número <u>262 A</u>	Complemento <u>—</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Florianópolis</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64.800-000</u>
Email <u>—</u>		Telefone comercial(DDD) <u>89-3521 2793</u>	Telefone celular (DDD) <u>89 994351033</u>

Florianópolis de 15 de 10 de 2018
Local e Data

Apelino Genesio do Nascimento
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Adelmar Almeida de Miranda,
RG nº 860.789, data de expedição 11/05/1986, Órgão SSP/PI
portador do CPF nº 888.563.133-91, com domicílio na cidade de
Jerumenha, no Estado de Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Av. Justiniano Lopes, nº 17,
complemento Povoado Boa doança.

Declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de
minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
James Duarte Damasceno, cujo o condutor era
James Duarte Damasceno.
Veículo: motocicleta

Modelo: yamaha YBR 125 Factor K1

Ano: 2014/2015

Placa: PIG 8190

Chassi: 966KE1950F0043080

Data do Acidente: 10.09.2017

Local e Data: Floresta - PI, 06.09.18



Adelmar Almeida de Miranda
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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



CARTÓRIO ÚNICO DE JERUMENHA/PI	
Reconheço, como autêntica, a(s) firma(s) de <u>Adelmar Almeida de Miranda</u>	
Em Teste	<u>Amo</u> da verdade
Jerumenha, PI, <u>09/10/2018</u>	
<u>Sandra Maria de Gusmão Almeida Vilar Pinto</u>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Sandra Maria de Gusmão Almeida Vilar Pinto - Tabelião Público
<input type="checkbox"/>	Jorge Francisco Pinheiro da Silva - Analista Judicial

RELATÓRIO DE FISIOTERAPIA

Relato para os devidos fins que **JAMES DUARTE DAMASCENO**, portador da ID 3.811.919, CPF 628.487.743-98, sofreu acidente automobilístico no dia 10/09/2017 e teve atendimento no Hospital Tibério Nunes, onde foi diagnosticado traumatismo cranioencefálico com fraturas e desalinhamento ósseo no septo nasal, na região frontal direita, nas paredes anterior e posterior do seio frontal direito, no teto, no assoalho e parede medial da órbita direita, na grande asa do esfenóide e seio esfenoidal à direita, bem como nas paredes anterior e posteriores dos seios maxilares, aumento das partes moles extracranianas de forma difusa e face bilateral, hematoma subdural agudo com focos pneumoencefalo associado na convexidade frontal direita ultrapassando a linha média, hemorragia na região cortical, apagamentos dos sulcos e giros corticais, colapso parcial do corno anterior do ventrículo lateral direito e desvio e desvio para esquerda das estruturas da linha média e trauma em tórax em ambos os pulmões com processo inflamatório ou broncoaspiração, sendo tratado cirurgicamente para redução do hematoma. Após o tratamento foi relatado sentir cefaleia e tonturas frequentes, dificultando suas atividades laborais e de vida diária.

CID: S002

Florianópolis, 18 de abril de 2018


Cibelle Silva Ferreira
Fisioterapeuta
CREFITO- 187.648-F



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
2 - CNES
2365146
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
4 - CNES
2365146

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
JAMES DUARTE DAMASCENO
6 - Nº DO PRONTUÁRIO
154508
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
8 - DATA DE NASCIMENTO
09/11/1995
9 - SEXO
Masc ☒ 1 Fem. ☐ 2
10 - NOME DA MÃE
JOCIELE DUARTE DAMASCENO
11 - TELEFONE DE CONTATO
(89) 9432-0555
12 - ENDEREÇO
BARRA DO LANCE, 0 - ZONA RURAL
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
JERUMENHA
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
2205300
15 - UF
PI
16 - CEP
64830-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

TCE

AIH DIGITADA

Procedimentos:
1º 0415030047
17 0403030349
2º 0403030814
3º 0403010048
4º 0403030268

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Manutenção Extradomiciliar - cirurgia de emergência

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

Extradomiciliar

AIH NUMERADA

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

TCE

506.4

506.8

V 324

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA
NEUROCIRURGIA
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA
28 - DOCUMENTO
() CNS (x) CPF
29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
HOSPITAL TIBÉRIO NUNES
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
10/09/2017
32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE)
33 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
35 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO
36 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO
37 - CNPJ DA SEGURADORA
38 - Nº DO BILHETE
39 - CNPJ EMPRESA
40 - CNAE EMPRESA
41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
OSMUNDO DE MORAES ANDRADE
44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR
M220390901
45 - DOCUMENTO
46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
() CNS (x) CPF 078.977.823-87
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR)
49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.
59281
9217100962110

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUI
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 01/10/2017
ASSIN.

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

BOLETIM DE ADMISSÃO

Atendimento	1052272
Data	10/09/2017
Hora	9:09

154508 - JAMES DUARTE DAMASCENO

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - 08/11/1995 - 21 ANOS, 10 MESES, 2 DIAS

Clinica: NEUROCIRURGIA Enfermaria: N01- NEUROCIRURGIA Leito: N0101 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 0000 - HOSPITAL TIBÉRIO NUNES

CPF: RG: 3811919/pi C/N: SIS Prenatal:

Endereço: BARRA DO LANCE, N° 0 - CEP: 64830-000 Bairro: ZONA RURAL

Cidade: 2205300- JERUMENHA/PI Profissão: LAVRADOR Telefone: () -

Pai: Mãe: JOCIENE DUARTE DAMASCENO

Responsável: JAMES DUARTE DAMASCENO - () -- O MESMO

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

ria de Acompanhante:

☐ Sim ☐ Não

Resultado

Adm.: / /

Alta: / /

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

-48 Horas

+48 Horas

Obito

Transferido

História Clínica

TCE

Diagnóstico Provável

Henrique Costa Almeida

e

HOSPITAL TIBÉRIO NUNES

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUÍ
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 15/01/2018
ASSIN

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



Hospital Regional
Tibério Nunes

Centro de Diagnóstico por Imagem

LAUDO

Paciente: JAMES DUARTE DAMASCENO
Médico: JUAREZ
Radiologista: PI3050
Data: 10/09/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX

TÉCNICA:

Os cortes tomográficos computadorizados axiais foram adquiridos com 5,0 mm de espessura, possibilitando a obtenção de reformatações multiplanares.

ANÁLISE:

Múltiplas opacidades alvéolo acinares no segmento posterior do lobo superior direito, apicoposterior do lobo superior esquerdo e nos lobos inferiores dos pulmões.

Restante dos campos pulmonares com transparência normal.

Não há derrame pleural.

Área cardíaca com dimensões normais.

Não visibilizamos lesões expansivas ou linfonodomegalias mediastinais.

Traquéia, brônquios principais e lobares péricios.

Estruturas ósseas sem alterações.

IMPRESSÃO:

Opacidades alvéolo acinares em ambos os pulmões, que pode representar processo inflamatório / infeccioso pneumônico ou broncoaspiração. Correlacionar com dados clínicos.

Dr. Leonardo Augusto Costa Martins
Médico Radiologista
CRM PI-3050



Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
Hospital Regional Tibério Nunes CNPJ: 06.553.564/0103-62
Rua Gabriel Ferreira, S/N, Bairro Mangueira, Floriano-PI
Telefone: (89) 3522-1333 / 3522-1489



Centro de Diagnóstico por Imagem

LAUDO

Paciente: JAMES DUARTE DAMASCENO
Médico: JUAREZ
Radiologista: PI3050
Data: 10/09/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE E DO CRÂNIO

TÉCNICA:

Os cortes tomográficos computadorizados axiais foram adquiridos com 3,0 mm de espessura em série única.

ACHADOS:

Proeminente enfisema nas partes moles da face principalmente à direita, no espaço submandibular e ao redor do espaço mastigador direito.

Fraturas nas paredes anterior e posterolateral dos seios maxilares, assoalho das órbitas, paredes anterior e posterior do seio frontal direito, parede medial da órbita direita e na pirâmide nasal.

Hemossinus difusamente nas cavidades aéreas paranasais.

Hematoma epidural ovalado adjacente à porção basal do lobo frontal direito medindo 8,7 x 4,0 cm, com bolhas de pneumoencéfalo associadas, comprimindo o hemisfério cerebral direito, com apagamento dos sulcos adjacentes, apagamento das cisternas perimesencefálicas, herniação transtentorial descendente à direita e subfalcina, com desvio das estruturas da linha média para esquerda, que mede 1,5 cm ao nível da porção anterior da fissura inter-hemisférica.



Hiperdensidade caracterizando hemorragia subaracnoide obliterando parcialmente as cissuras de Sylvius e alguns sulcos da convexidade frontal de ambos os lados.

Não há evidências de hemorragia intraparenquimatosa aguda.

Discreta dilatação do átrio e corno temporal do ventrículo lateral esquerdo, sem transudação líquórica. O IV ventrículo tem dimensões reduzidas.

CONCLUSÃO:

Laudo descritivo.

 Piauí GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ	Secretaria de Saúde do Estado do Piauí Hospital Regional Tiberio Nunes CNPJ: 06.351.564/0103-62 Rua Gabriel Ferreira, S/N - Bairro Mangueira, Floriano-PI Telefone: (89) 3522-1333 / 3522-1489	SUS 
--	--	--

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 405 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



Hospital Regional
Tiberio Nunes

Centro de Diagnóstico por Imagem

LAUDO

Paciente: JAMES DUARTE DAMASCENO
Médico: JUAREZ
Radiologista: PI3050
Data: 10/09/2017

Dr. Leonardo Augusto Costa Martins
Médico Radiologista
CRM PI - 3050

SAÚDE
Secretaria de Estado
da Saúde / SES-PI



Piauí
GOVERNO DO ESTADO

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional Tiberio Nunes - CNPJ: 06.553.564/0103-62
Rua Gabriel Ferreira, S/N, Bairro Mangueira, Floriano-PI
Telefone: (89) 3522-1333 / 3522-1489

SUS



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

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

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"
Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323
Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

Nome: JAMES DUAETE DAMASCENO

End.: _____ Leito 127 Data: 10 109 117

EVOLUÇÃO MULTI PROFISSIONAL

As 14:00 paciente admitida em UTI, proveniente do Centro
Cirúrgico após cesariana sem episiotomia. Hematoma - Bass
- 5 pontos isolados suturados na região da BIV +
Ausência de Ruidos Adventícios Abdomen Plano Tátil +
SVD Funcionando em VMTOT, Aférril, Mucosas
mostrando em boa situação de 02

As 14h paciente admitida neste setor procedente do C.L.
Tiquicandua, aférril, Sato + 98%, com tendência a hipotensão,
em VMTOT. Mem resposta com estímulos, em fase de
mucosa, Mucosa em medação 10ml/h, SSVV estáveis
as 24h após segue apresentando febrícula (T_{ax}: 37,7°C) - próximo ao
início de antitérmico de horário. Sinais vitais satisfatórios
em boa quantidade. No momento não responde a
estímulos. Sinais vitais em BSC.

As 16h segue em VMTOT, medação 10ml/h em BSC, medação em
parcial com quantidade em grande quantidade. Responde a
estímulos dolorosos. Buco por SVD de aspecto concentrado
sem evacuações avertes.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

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

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"
Floriano - Piauí

Folha de Anestesia

Nome: <u>James Duarte Damasceno</u>		Registro: _____				
Enf.: _____		Leito: _____		Apto.: _____		
Data <u>10/09/17</u>	P. Arterial <u>140x70</u>	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematínia	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Dos. Uréia
Exame de Urina						
Função Respiratória						
Sistema Circulatório				Eletrocardiograma		
Sistema Respiratório				Assina		Bronquite
Sistema Digestivo			Sistema Urinário			
Estado Mental <u>normal</u>			Corticóides	Atarácicos	Outros	
Diagnóstico Pré-Operatório <u>Hernia abdominal</u>				Risco <u>1</u>		
Pré-Medicação (Agentes e Doses)				Aplicado As: <u>09:15h</u>		Efeitos:
Agentes Anestésicos	Oxigênio					TOTAL DE DOSES
LIQUIDO	Soluto 500 400 300 200 Outros 100					TOTAL DE DOSES
Temperatura	36					SEQUÊNCIA
P. Arterial	35					1
V	35					2
Pulso	35					3
Início e Fim Anestesia	34					4
X	32					5
Início e Fim Operação	30					6
Respiração	30					7
SÍMBOLO						8
						9
						10
						11
						12
						13
						14
						15
DURAÇÃO						
Técnica: <u>Genl. inalatória balanceada</u>						Incidentes - Acidentes
Operação:						
Cirurgiões: <u>Leandro</u>						
Anestesistas: <u>Roberto Lima</u>						
Particularidades:						

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



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL "TIBÉRIO NUNES"
CENTRO CIRÚRGICO OBSTÉTRICO

3-n 08.11.1995 21a

Barra do Luso
menina.

Nome do Paciente: James Duarte Damasceno Reg. Sane: 154 508
Cirurgia: Menoragem de hematoma Epidural Sala: 01
Cirurgião: Dr. Leonardo Auxiliar:
Instrumentador: Cláudia Circulante: Aldemir e Queria
Data: 20 / 09 / 17 Início: 09:15 Término: Duração:

MEDICAMENTO DE SALA

Nº	ESPECIFICAÇÃO	LABORATÓRIO	QUANT.	P. UNIT.	SUB. TOTAL
01	ADRENALINA				
02	ALBUMINA HUMANA				
03	ATROPINA				
04	ÁGUA DESTILADA				
05	AMPICILINA				
06	ADRENOPLASMA <u>seropositivo</u>		<u>60ml</u>		
07	CEDILANIDE				
08	CLORETO DE POTÁSSIO				
09	CREME VAGINAL				
10	SOLIRIO <u>Propofol 20</u>		<u>3 frasco</u>		
11	CEFALOTINA 1g				
12	CLORAFENICOL				
13	DECADRON		<u>1 amp</u>		
14	DOLASSAL				
15	DORMONID				
16	DOLANTINA				
17	EFORTIL		<u>1 amp</u>		
18	ETER ANESTÉSICO				
19	FLAXEDIL <u>Ultracur</u>		<u>2 amp.</u>		
20	FLEBOCORTID				
21	GARAMIGINA <u>paclitaxel</u>		<u>2 amp</u>		
22	GLUCONATO CÁLCIO				
23	HALATONE ML				
24	INOVAL <u>feutania 10ml</u>		<u>1 amp</u>		
25	KETALAR				
26	METRONIDAZOL INJETÁVEL				
27	MANITOL 20%		<u>1 frasco</u>		
28	METHERGIM				
29	METILCELULOSE				
30	OCITOCINA <u>Dipirona</u>		<u>2 amp</u>		
31	PLASIL				
32	PROSTIGMINE				
33	POMADA OFTALMOLÓGICA				
34	QUELICIM				
35	QUEMICETINA				
36	RINGER-LACTADO				
37	SORO FISIOLÓGICO		<u>3.500ml</u>		
38	SORO GLICOSADO				
39	TRANSAMIN				
40	THIONEMBUTAL				
41	VALIUM				
42	VITAMINA K				
43	XILOCAÍNA 0,5%				
44	XILOCAÍNA 0,75%				
45	XILOCAÍNA 2%				
46	XILOCAÍNA 5%				

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DEPAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 955 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.012-470
Teresina-PI

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

AValiação de Risco Assistencial

DATA: _____ PACIENTE: _____ LEITO: _____

RISCO DE QUEDA	FATORES DE RISCO	CUIDADOS BÁSICOS
ALTO RISCO DE QUEDA () SIM () NÃO ALTO RISCO DE QUEDA: - Que se locomove mais posar pelo menos um fator de risco; - Dependente de ajuda de terceiros, com ou sem presença de fatores de risco; - Paciente acomodado em maca, aguardando a realização de exames ou transferência; BAIXO RISCO: - Acamado, mantido no leito, completamente dependente da ajuda de terceiros;	() Idoso com idade igual ou maior 65 anos; () HISTÓRIAS PRÉVIAS DE QUEDA; () Condições de saúde como: vertigem; Síncope; convulsão; dor intensa; anemia; artrite; hipotensão; () Obesidade severa e baixo índice de massa corpórea; () Uso de medicamentos psicotrópicos; () Comprometimento sensorial: audição, ou tato, ou de acuidade; () Déficit motor: fraqueza muscular; () Incontinência e urgência miccional ou para evacuação; () Distúrbios neurológicos: AVC; () Agitação, confusão, depressão, ansiedade e sonolência; FATORES QUE PODEM AGRAVAR O DANO EM CASO DE QUEDA () OSTEOPOROSE () FRATURA ANTERIOR () DISCRASIAS	- Criação de um ambiente de cuidado seguro: uso de calçados e iluminação adequados; - Orientar o paciente a somente levantar-se do leito acompanhado do profissional; Em caso de hipotensão postural - Orientar o paciente a levantar-se progressivamente antes de sair da cama; - Manter o paciente confortável; - Disponibilizar equipamento de auxílio a marcha quando necessário e Auxiliar na deambulação; - Alocar os equipamentos de maneira a facilitar a movimentação no leito; - Adequar os horários dos medicamentos que possam causar sonolência; - Manter grades da cama sempre elevadas; Manter cama baixa e rodas travadas.

RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO	ESCALA DE BRADEN	CUIDADOS BÁSICOS																														
IDENTIFICAÇÃO DE LESÕES () PELA ÍNTEGRA NA ADMISSÃO () LESÃO PRESENTE NA ADMISSÃO ↳ LOCAL: _____ () OCCIPITAL ESTAGIO _____ () SACRAL ESTAGIO _____ () CALCÂNEO D ESTAGIO _____ () CALCÂNEO E ESTAGIO _____ () TROCANTER ESTAGIO _____ () OUTRA REGIÃO _____ FATORES DE RISCO TOTAL: <u>11</u>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>PERCEPÇÃO SENSORIAL</th> <th>UNIDADE</th> <th>NUTRIÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1- Tratamento limitado</td> <td>1- completamente molhado</td> <td>1- anulo poder</td> </tr> <tr> <td>2- sem tratamento limitado</td> <td>2- muito molhado</td> <td>2- provavelmente inadequado</td> </tr> <tr> <td>3- leve tratamento limitado</td> <td>3- parcialmente molhado</td> <td>3- adequada</td> </tr> <tr> <td>4- nenhuma limitação</td> <td>4- quase seco</td> <td>4- excelente</td> </tr> <tr> <td>ATIVIDADE</td> <td>MOBILIDADE</td> <td>PERDA E CASALIMAMENTO</td> </tr> <tr> <td>1- acamado</td> <td>1- totalmente imóvel</td> <td>1- problema</td> </tr> <tr> <td>2- confinado a cadeira</td> <td>2- flexão limitado</td> <td>2- problema com parte</td> </tr> <tr> <td>3- anda ocasionalmente</td> <td>3- leve movimento</td> <td>3- exatidão problema</td> </tr> <tr> <td>4- anda frequentemente</td> <td>4- movimento limitado</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	PERCEPÇÃO SENSORIAL	UNIDADE	NUTRIÇÃO	1- Tratamento limitado	1- completamente molhado	1- anulo poder	2- sem tratamento limitado	2- muito molhado	2- provavelmente inadequado	3- leve tratamento limitado	3- parcialmente molhado	3- adequada	4- nenhuma limitação	4- quase seco	4- excelente	ATIVIDADE	MOBILIDADE	PERDA E CASALIMAMENTO	1- acamado	1- totalmente imóvel	1- problema	2- confinado a cadeira	2- flexão limitado	2- problema com parte	3- anda ocasionalmente	3- leve movimento	3- exatidão problema	4- anda frequentemente	4- movimento limitado		() RISCO ALTO (0 A 12 PONTOS) Cuidados básicos, mudança de decúbito frequente, utilização de coxins de espuma () RISCO MODERADO (13 A 14 PONTOS) Cuidados básicos, mudança de decúbito com posicionamento a 30° () RISCO BAIXO (15) Cuidados básicos, cronograma de mudança de decúbito ↳ CUIDADOS BÁSICOS: - Inspeccionar, limpar e hidratatizar a pele e protegê-la da umidade; - Não massagear áreas hiperemáticas; - Trocar lençóis sempre que houver necessidade mantê-los esticados; - Uso de superfícies de apoio para a prevenção de lesão por pressão nos calcanhais; - Repositionamento na posição a 30°; - Monitorar de decúbito a cada 2h. (desenvolvimento da tolerância, da condição clínica do paciente, do nível de atividade e mobilidade, objetivo do tratamento, condição individual)
PERCEPÇÃO SENSORIAL	UNIDADE	NUTRIÇÃO																														
1- Tratamento limitado	1- completamente molhado	1- anulo poder																														
2- sem tratamento limitado	2- muito molhado	2- provavelmente inadequado																														
3- leve tratamento limitado	3- parcialmente molhado	3- adequada																														
4- nenhuma limitação	4- quase seco	4- excelente																														
ATIVIDADE	MOBILIDADE	PERDA E CASALIMAMENTO																														
1- acamado	1- totalmente imóvel	1- problema																														
2- confinado a cadeira	2- flexão limitado	2- problema com parte																														
3- anda ocasionalmente	3- leve movimento	3- exatidão problema																														
4- anda frequentemente	4- movimento limitado																															
RISCO: FLEBITE	FATORES DE RISCO	MEIDAS PREVENTIVAS BÁSICAS																														

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 17 OUT 2018
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.012-470
 Teresina - PI

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FICHA DE ADMISSÃO
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM UTI

DA 08/11/1995

DADOS PESSOAIS

NOME: JAMES DUARTE DAMASCENO PRONTUÁRIO: 154508
IDADE: 26 SEXO: M ALTURA: 1,70 PESO: 83 IMC: 28,1
DATA ADMISSÃO UTI: 10/09/12 DATA ADMISSÃO HRTN: 10/09/12
PROCEDÊNCIA: C TELEFONE (09) 3402.0559 (09) 33943153
STEUBENHA 71 * (09) 33943153 83 3394007397
SINAIS VITAIS * (03) 93 115 6333 100 100
FC: 116 FR: 19 PA: 104/61 TAX: 36,8 SAT O₂: 100%

CLASSIFICAÇÃO DA DOR

- () Zero (0) = Ausência de dor
- () Um a três (1 a 3) = Dor de fraca intensidade
- () Quatro a seis (4 a 6) = Dor de intensidade moderada
- () Sete a nove (7 a 9) = Dor de forte intensidade
- () Dez (10) = Dor de intensidade insuportável

SAÚDE E HOSPITALIZAÇÃO

- 1- Experiências anteriores com hospitalização? () SIM (+) NÃO
- 2- Medicamentos de uso contínuo? () SIM (+) NÃO
- Quais? _____
- 3- Reações alérgicas? () SIM (+) NÃO
- Quais? _____

4- Motivo da Internação

TCE Grave Acidente Motorístico

5- História de patologia pregressa

6- Hábitos: () Tabagismo () Etílico () Outro: _____

EXAME FÍSICO

1- ASPECTO GERAL

- Nível de consciência: _____
- () Acordado () Sonolento () Torporoso () Obnubilado
- () Goma-ESCALA DE GLASGOW: _____ pontos
- Boca e mucosa: _____
- () Sangramento () Candidíase () Mucosite () Sialorreia
- Outro: _____
- Arca da Dentária: () Normal () Uso de prótese () Ausência de Dentes
- Pele: () Normal () Alterada (Especificar): _____
- Tórax: () Normal () Alterada (Especificar): _____
- Abdômen: () Plano () Distendido
- Ruídos Intestinais: () Presentes () Diminuído () Ausentes
- Eliminações Intestinais: () Presentes () Ausentes () Outro
- Avaliação Nutricional: _____
- Higiene corporal: () Ótima () Boa () Regular () Precária
- Movimentação: () Desambulando () Com auxílio () Cadeira de rodas

2- SISTEMA RESPIRATÓRIO

- Respiração: () Normal () Alterada: _____
- Ausculta Pulmonar: () Murmúrio vesicular () Estertores () Roncos () Sibilos
- Oxigenação: () Adequada () Caráter O₂ () Máscara de venturi Fi O₂ _____
- () VM (TOT N° _____) Modo _____ Fi O₂ _____ () TOT
- () Outros _____
- (Especificar): _____

3- SISTEMA CARDIOVASCULAR

- Ausculta cardíaca: () Normal () Alterada
- Pulso periférico: () Normal () Alterado
- Rede venosa: () Visível () Pouco visível
- Acesso venoso: () Ausente () Periférico Especificar: M3E

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2010

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-421

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
Hospital Regional "Tibério Nunes"

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU APT.	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA	CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	HORÁRIOS	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
10/11/17		Téc. Bioq. CCS B. Amadora B.				09:15 - o Atendente em sala
		Tec. em Vendas e Recebimento - (Medicinal) F.B.				Emergia para dor opm
		Pot. Locomotora - para a sala de emergência				de dor - dor epidural
		3.8g/m				P.A = 120 x 70 mmHg. P =
		3.55% 100ml/50				101 bpm. SpO2 = 98%
		Nal 10% - 20mg/500				Substância em análise gel.
		KU 10% - 10mg/500				Bfe. Bafila 256351-PI
		3. Colostoma 1g + Muc 6/6h				112-0 SpO2 em sala
		3. Dapsona 500mg + Muc 6/6h				Emergia para dor opm
		3. Paracetamol 1000mg - 12/12h				Intubado. Vpnobido expa
		3. Plavix 150mg + Muc 6/6h				na UTI. P.A = 140 x 80 mmHg
		3. Fenofibrato 100mg - 12/12h				P = 109 bpm. SpO2 = 100%
		3. PA/Fc/TA x 12/6/6h				Bfe. Bafila 256351-PI
		3. Cabeceira de leito elevada 30°				An 13 - Substância em análise
		3. TC Clavos com Muc				UTI - Substância em análise
		3. Sifon - 400ml				Substância em análise
		3. Sifon - 400ml				Substância em análise
		3. Sifon - 400ml				Substância em análise

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"
Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323
Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

Nome: James Duarte Damasceno

End.: VTS Leito 102 Data: 31 / 09 / 17

EVOLUÇÃO MULTI PROFISSIONAL

Às 11:36h paciente segue em 2º DSU em 15% e 3º DPO de consciência, grau leve de hemiparesia extensora. Apresenta edema e hiperemia em ambos os olhos, mais expressivo o "D" Abducens esquerdo e fixo. Dura de reação parietal com débito margemoluto. Segue em VOT com modo volume controlado (C: 21 + Freq: 16 + Pup: 2) em rede com 10ml/h. Diurese bastante concentrada por SOD. Grad. em Kelly em 20ml.

Às 15h Realizada higiene íntima, apresenta re-
sponso em teste de comando sem LPP, teste de
deslocamento oral e ocular apresenta respo-
do motor, SVV estímulos.

Às 21:40h, realizou TC de crânio de controle, cervical e
abdomen. S.O.
Silvia Regina da Costa Sousa
Enfermeira
COREN-PI-121022

Às 21:05h realizado higiene íntima, oral e ocular, apresenta respo-
do motor.

Às 23:40 paciente realizou TC de crânio, cervical e abdomen.

Às 23:00h paciente em VOT, em plano de energia funcionalmente com débito margemoluto,
responso, bradicardia, normotensão, diurese por SOD funcionalmente, dista zero.

Às 06:50h tirado Kínel, realizado higiene oral e ocular, mais respo-
do motor.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 495 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



Hospital Regional
Tiberio Nunes

Centro de Diagnóstico por Imagem

LAUDO

Paciente: JAMES DUARTE DAMASCENO
Médico: KELMAR MARTINS
Radiologista: PI2854
Data: 11/09/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL

RELATÓRIO:

As imagens foram obtidas no plano axial utilizando-se técnica multislice, sem utilização de substância de contraste por via endovenosa.

Os seguintes aspectos foram observados:

Não evidenciamos traço fratura desalinhada da coluna cervical.

Transição craniocervical sem alterações.

Os corpos vertebrais cervicais apresentam altura e alinhamento posterior preservados.

Não há evidências de protrusões discais focais ou difusas nos inter-espaços visibilizados.

Forames de conjugação livres.

Articulações interfacetárias e uncovertebrais sem alterações.

Musculatura paravertebral posterior de aspecto anômico.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

O estudo tomográfico computadorizado da coluna cervical dentro dos parâmetros da normalidade.

DR PEDRO AUGUSTO NOGUEIRA MARTINS JUNIOR
CRM 30891

SAÚDE
Secretaria de Estado
da Saúde / SECISA



Piauí
GOVERNO DO ESTADO

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
Hospital Regional Tiberio Nunes CNPJ: 06.553.564/0103-62
Rua Gabriel Ferreira, S/N, Bairro Manguinha, Floriano-PI
Telefone: (89) 3522-1333 / 3522-1489



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

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



Hospital Regional
Tibério Nunes

Centro de Diagnóstico por Imagem

LAUDO

Paciente: JAMES DUARTE DAMASCENO
Médico: KELMAR MARTINS
Radiologista: PI2854
Data: 11/09/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOME TOTAL

RELATÓRIO:

As imagens foram obtidas no plano axial utilizando-se técnica multislice, sem utilização de substância de contraste por via endovenosa.

Os seguintes aspectos foram observados:

Presença de sonda vesical.

Consolidações justapleurais e opacidades em vidro fosco nos lobos pulmonares inferiores, devendo corresponder a contusão pulmonar.

Fígado em situação habitual, de contornos regulares e dimensões normais, sem evidências de dilatação das vias biliares intra ou extra-hepáticas, bem como da vesícula biliar.

Aspecto tomográfico habitual do baço e glândulas adrenais.

Pâncreas com dimensões normais, sem evidências de dilatação do ducto pancreático principal ou de calcificações parenquimatosas.

Rins em situação habitual, com contornos regulares e dimensões normais, sem evidências de dilatação dos sistemas pielocalicinais ou de cálculo urinário com densidade cálcica.

Aorta abdominal e veia cava inferior com calibres normais.

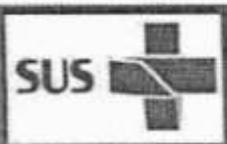
Não evidenciamos linfonodomegalias abdominopélvicas.

Distribuição habitual das alças intestinais na cavidade abdominal.

Bexiga urinária parcialmente repleta.



Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
Hospital Regional Tibério Nunes CNPJ: 06.553.564/0103-62
Rua Gabriel Ferreira, S/N, Bairro Manguinha, Floriano-PI
Telefone: (89) 3522-1333 / 3522-1489





Hospital Regional
Tibério Nunes

Centro de Diagnóstico por Imagem

LAUDO

Paciente: JAMES DUARTE DAMASCENO
Médico: KELMAR MARTINS
Radiologista: PI2854
Data: 11/09/2017

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Presença de sonda vesical.

Consolidações justapleurais e opacidades em vidro fosco nos lobos pulmonares inferiores, devendo corresponder a contusão pulmonar.

DR PEDRO AUGUSTO PEDREIRA MARTINS JUNIOR
CRM 20441



Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
Hospital Regional Tiberio Nunes CNPJ: 06.553.564/0103-62
Rua Gabriel Ferreira, S/N, Bairro Manguinha, Floriano-PI
Telefone: (89) 3522-1333 / 3522-1489





Hospital Regional
Tiberio Nunes

Centro de Diagnóstico por Imagem

LAUDO

Paciente: JAMES DUARTE DAMASCENO
Médico: KELMAR MARTINS
Radiologista: PI2854
Data: 11/09/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRÂNIO-ENCEFÁLICA

RELATÓRIO:

As imagens foram obtidas no plano axial utilizando-se técnica multislice, sem utilização de substância de contraste por via endovenosa.

Os seguintes aspectos foram observados:

Status pós-craniotomia frontal direita com dreno em partes moles extracranianas adjacentes.

Fraturas com desalinhamento ósseo no septo nasal, na região frontal direita, nas paredes anterior e posterior do seio frontal direito, no teto, assoalho e parede medial da órbita direita, na grande asa do esfenóide e no seio esfenoidal à direita, bem como nas paredes anteriores e posterolaterais dos seios maxilares com sinais de hemossinus frontal, etmoidal, maxilar e esfenoidal bilateral, com aumento de partes moles extracranianas de forma difusa e na face bilateralmente, com formações gasosas de permeio.

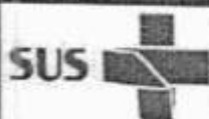
Hematoma subdural agudo com focos de pneumoencefalo associado na convexidade frontal direita, atingindo 1,6 cm no maior eixo transversal, ultrapassando a linha média, associada hematoma subdural agudo na fissura inter-hemisférica, com focos de contusão hemorrágica na região cortical / subcortical basal do lobo frontal direito, com apagamento dos sulcos entre giros corticais adjacentes, colapso parcial do corno anterior do ventrículo lateral direito e desvio para esquerda das estruturas da linha média, aproximadamente 0,6 cm nível do septo pelúcido.

O ventrículo lateral esquerdo e III e IV ventrículos apresentam morfologia e dimensões normais.

Não há evidências de processo neoplásico intraparenquimatoso, isquemia aguda/subaguda ou de apagamento das cisternas da base.



Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
Hospital Regional Tiberio Nunes CNPJ: 06.553.564/0103-62
Rua Gabriel Ferreira, S/N, Bairro Manguinha, Floriano-PI
Telefone: (89) 3522-1333 / 3522-1489



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470



Hospital Regional
Tibério Nunes

Centro de Diagnóstico por Imagem

LAUDO

Paciente: JAMES DUARTE DAMASCENO
Médico: KELMAR MARTINS
Radiologista: PI2854
Data: 11/09/2017

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto tomográfico habitual.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Laudo descritivo.

DR. PEDRO AUGUSTO DE FÁTIMA MARTINS JÚNIOR
CRM 35400

SAÚDE
Secretaria de Estado
da Saúde / SESAP



Piauí
GOVERNO DO ESTADO

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional Tiberio Nunes CNPJ: 06.553.564/0103-62
Rua Gabriel Ferreira, S/N, Bairro Manguinha, Floriano-PI
Telefone: (89) 3522-1333 / 3522-1489

SUS



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

**HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES**

CNPJ: 06.553.564/0103-62

Telefone: (89) 3522-1489

GABRIEL FERREIRA, S/N, 0 - MANGUINHA - FLORIANO/PI

Atendimento: E0112105



INTERNADO

Coletado:

Data: 11/09/2017

Paciente: JAMES DUARTE DAMASCENO

Médico(a): ÉRICO B. SENA

Convênio: SUS

Leito: 0127 Enfermaria: 36

Sexo: MASCULINO

Idade: 21 ANOS, 10 MESES, 2 DIAS

Impresso: 11/09/2017

HEMOGRAMA

Material:

Método:

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	4,12 milhões/mm ³	4,5 a 5,9 milhões/mm ³
HEMOGLOBINA	12,1 g%	12,0 a 17,5 g%
HEMATÓCRITO	36,0 %	40 a 52 %
VCM	87,38 u ³	80 a 100 u ³
HCM	29,37 pg	26 a 34 pg
CHCM	33,61 %	31 a 35 %

OBS: AÇÕES

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	13.600 /mm ³	4.500 a 11.000 /mm ³
MIELÓCITOS	0 %	0
METAMIELÓCITOS	0 %	0
BASTONETES	2 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
SEGMENTADOS	80 %	0 a 4 % Até 400 /mm ³
BASÓFILOS	0 %	36 a 66 % 2000 a 7500 /mm ³
EOSINÓFILOS	2 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
LINFÓCITOS	13 %	0 a 4 % 100 a 400 /mm ³
MONÓCITOS	3 %	20 a 40 % 900 a 4400 /mm ³
LINFÓCITOS ATÍPICOS	0 %	2 a 8 % 200 a 800 /mm ³
CONTAGEM GERAL	100,00	100%
PLAQUETAS	174.000 /mm ³	150.000 a 400.000 /µL

OBSERVAÇÕES

ERITRÓCITOS

OBSERVAÇÃO GERAL: LEUCOCITOSE.

CRP: 254-PAULO CESAR BORGES LOPES

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

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

**HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES**

CNPJ: 06.553.564/0103-62

Telefone: (89) 3522-1489

GABRIEL FERREIRA, S/N, 0 - MANGUINHA - FLORIANO/PI

Documento: E0112105



INTERNADO

Coletado:

Data: 11/09/2017

Paciente: JAMES DUARTE DAMASCENO

Sexo: MASCULINO

Médico(a): ERICO B. SENA

Idade: 21 ANOS, 10 MESES, 2 DIAS

Convênio: SUS

Leito: 0127 Enfermaria: 36

Impresso: 11/09/2017

REATININA

Material: SORO

Método: ENZIMÁTICO

RESULTADO

1,0 mg/dl

SORO: 0,4 A 1,3 mg/dl

OBSERVAÇÃO GERAL: 3

REIA

Material: SORO

Método: ENZIMÁTICO

RESULTADO

47 mg/dl

15 A 40

OBSERVAÇÃO GERAL:

CRF: 254-PAULO CESAR BORGES LOPES

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI



LABOVIDA
LABORATÓRIO CLÍNICO



“De mãos dadas com sua saúde”
Responsável: Dr. Roberto Mousinho

Paciente JAMES DUARTE DAMASCENO

Médico Dr(a) Kelmar De Araujo Martins

Convênio HOSPITAL TIBERIO NUNES

Procedência: Unidade Matriz

Idade 21 Anos

Data Req 11/09/2017

Data Emissão 11/09/2017



00041083

Creatinoquinase Total (CK-TOTAL)

Material: Soro

Método: Cinético UV

Resultado: 741,70 U.I./L

Valores de Referência: 24,00 a 180,00 U.I./L

Observações: Resultado repetido e confirmado.

Dr. Roberto Mousinho
CRM: 06.76

Página: 1/10

Os valores dos testes laboratoriais sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, regimes alimentares, tempo de jejum, etc. Somente seu médico deve interpretar este resultado.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Niterói - RJ



LABOVIDA
LABORATÓRIO CLÍNICO



"De mãos dadas com sua saúde"

Responsável: Dr. Roberto Mousinho

Paciente: JAMES DUARTE DAMASCENO

Médico: Dr(a) Érico B. Sena

Convênio: HOSPITAL TIBÉRIO NUNES

Procedência: Unidade Matriz

Idade: 21 Anos

Data Rec: 11/09/2017

Data Emissão: 11/09/2017



Potássio

Material: Sangue

Método: Eletrodo Seletivo Automatizado

Resultado: 4,1 mEq/L



Valores de Referência:

3,7 a 5,1 mEq/L

Sódio

Material: Sangue

Método: Eletrodo Seletivo Automatizado

Resultado: 135,0 mEq/L



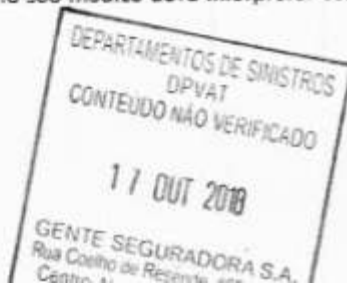
Valores de Referência:

135,0 a 144,0 mEq/L

Dr. Roberto Mousinho
CREMT 0676

Página 1 de 1

Os valores dos testes laboratoriais sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, regimes alimentares, tempo de jejum, etc. Somente seu médico deve interpretar este resultado.



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ - SESAPI
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES / FLORIANO-PI
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

L 120

PRESCRIÇÃO MÉDICA
UTI

1

NOME DO PACIENTE JAMES DUARTE DAMASCENO		IDADE 21	UTI/LEITO 127
HISTÓRICO DIAGNÓSTICO DI UTI PCTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTO HÁ 24HS, APRESENTANDO 08 PONTOS NA ESCALA DE GLASGOW. FOI ABORDADO PELA NEUROCIRURGIA (HEMATOMA EXTRADURAL FD). NO MOMENTO EM SEDONA/GESIAI (RASS -5), VM (VCV) E PUPILAS ISOCÓRICAS. BH - 732ML HB 12 + LEUCO 13.600 + PLAQ 174.000 CREAT - 1 UREIA - 47MG/DL			
DATA/HORA 11/09/2017	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	
01- DIETA ZERO ATE SEG ORDEM			
02 - SORO GLICOSADO 1500ML NAOL 10% 03 AMPOLAS EM CADA FASE		(16) (08:30) (18:30)	
02- RANTIDINA 50MG EV 12/12H		18:30	
03- CEFALOTINA 1G EV 6/6H		18:30	
04- FENTONINA 100MG EV 8/8H		18:30	
05- DIPIRONA- 02ML+AD, EV, ACM			
06- BROMOPRIDA- 01 AMP+AD, EV, ACM			
07- SEDAÇÃO, EV, BIC, EV LENTO FENTANIL-----20ML MIDAZOLAN---30ML SF 0,9%-----200ML		18:30	
08- NEBULIZAÇÃO: 4/4 HS ATROVENT-----30GTS SF 0,9%-----05ML		18:30	
09- INSULINA REGULAR CONFORME HGT: <180-00 201-250-04U 301-350-08U 181-200-02U 251-300-06U >351-10U		18:30	
10- G50% 3 AMPOLAS EV SE GLIC<80MG/DL			
11- DVA, EV, BIC, ACM NORADRENALINA---16ML SG 5%-----234ML			
12- MORFINA 1ML + AD 5ML FAZER 2ML, EV, 6/6H ACM			
13- HALDOL 1ML IM ACM			
14- LASIX 1AMP IV ACM			
15- GLICOSE 50%- 04 AMPs, EV, SE HGT<80			

HOSPITAL REGIONAL
TIBÉRIO NUNES

ASS. TECNOLÓGICO

11/09/2017 15:21

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

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

Nome: James Duarte Romarques Idade: 21 Peso Ideal: -
 Diagnóstico: Hematoma Extradural (crânio-cérebro)
 AVM: ()TOT ()TQT DIH: DUTI: 127 Leito: 127 Data: 11/09/2017

	Manhã	Tarde	Noite
Nível de consciência	Sedado: ()midazolol ()fentanil RASS: _____ ECG:AO: +RM: +RV: = _____	Sedado: ()midazolol ()fentanil RASS: _____ ECG:AO: +RM: +RV: = _____	Sedado: ()midazolol ()fentanil RASS: _____ ECG:AO: +RM: +RV: = _____
Hemodinâmica	(X)estável ()instável FC: <u>81</u> bpm PA: <u>111/67</u> PAM: _____ ()DVA: _____	(X)estável ()instável FC: <u>80</u> bpm PA: <u>111/68</u> PAM: _____ ()DVA: _____	()estável ()instável FC: <u>83</u> bpm PA: <u>128/71</u> PAM: <u>93</u> ()DVA: _____
Padrão respiratório/rítmo	()apical ()diafragmático (X)Toracoabdominal ()Paradoxal (X)eupneico ()dispneico ()BAN ()Bradipneico ()taquipneico ()JTC ()esf. ABM ()cianose	()apical ()diafragmático (X)Toracoabdominal ()Paradoxal (X)eupneico ()dispneico ()BAN ()Bradipneico ()taquipneico ()JTC ()esf. ABM ()cianose	()apical ()diafragmático (X)Toracoabdominal ()Paradoxal (X)eupneico ()dispneico ()BAN ()Bradipneico ()taquipneico ()JTC ()esf. ABM ()cianose
Expansibilidade/ausculta	(X)bilateral/simétrica ()assimétrica: _____ MV: <u>4/KA</u>	(X)bilateral/simétrica ()assimétrica: _____ MV: <u>4/KA</u>	(X)bilateral/simétrica ()assimétrica: _____ MV: <u>5 sem 3/ausc</u>
Oxigenoterapia	()AA ()CN ()Venturi ()Macro FIO2: _____ % SpO2: _____ % FR: _____	()AA ()CN ()Venturi ()Macro FIO2: _____ % SpO2: _____ % FR: _____	()AA ()CN ()Venturi ()Macro FIO2: _____ % SpO2: _____ % FR: _____
Mobilidade	()Ativa/ ()MMSS ()MMII () ()Passiva/ ()MMSS ()MMII	()Ativa/ ()MMSS ()MMII () ()Passiva/ ()MMSS ()MMII	()Ativa/ ()MMSS ()MMII () ()Passiva/ ()MMSS ()MMII
AVM	()VNI (X)VMI Modo: ()PSV (X)VCV ()PCV/PIP: _____ cmH2O Ppico: <u>19</u> PEEP: <u>7</u> cmH2O cmH2O VC: <u>347</u> ml Tins: <u>0.8</u> s FR: <u>16</u> lpm Fluxo: _____ l/min C: _____ R: _____ Sens: _____ FIO2: <u>21</u> % SpO2: <u>97</u> %	()VNI (X)VMI Modo: ()PSV (X)VCV ()PCV/PIP: _____ cmH2O Ppico: <u>17</u> PEEP: <u>7</u> cmH2O cmH2O VC: <u>381</u> ml Tins: <u>0.8</u> s FR: <u>16</u> lpm Fluxo: _____ l/min C: _____ R: _____ Sens: _____ FIO2: <u>21</u> % SpO2: <u>98</u> %	()VNI (X)VMI Modo: ()PSV (X)VCV ()PCV/PIP: _____ cmH2O Ppico: <u>15</u> PEEP: <u>4</u> cmH2O cmH2O VC: <u>347</u> ml Tins: <u>1.0</u> s FR: <u>16</u> lpm Fluxo: _____ l/min C: _____ R: _____ Sens: _____ FIO2: <u>21</u> % SpO2: <u>93</u> %
Conduta	(X)Adequação postural Cinesioterapia: ()A ()AA ()P ()R Sedação: (X)leito ()poltrona ()deambulação Ter. respiratória: ()VNI ()THB ()TEP ()TMR ()Exercícios respiratórios Aspiração: ()VAS ()TOT/TQT Secreção: cor/aspecto: _____	(X)Adequação postural Cinesioterapia: ()A ()AA ()P ()R Sedação: (X)leito ()poltrona ()deambulação Ter. respiratória: ()VNI ()THB ()TEP ()TMR ()Exercícios respiratórios Aspiração: (X)VAS (X)TOT/TQT Secreção: cor/aspecto: _____	(X)Adequação postural Cinesioterapia: ()A ()AA ()P ()R Sedação: (X)leito ()poltrona ()deambulação Ter. respiratória: ()VNI ()THB ()TEP ()TMR ()Exercícios respiratórios Aspiração: (X)VAS (X)TOT/TQT Secreção: cor/aspecto: <u>Sempre monitorada</u>
Ajustes da VM			
Códigos de procedimentos	03.02.06.002-2() 03.01.07.013-0() 03.02.06.001-4() 03.02.02.001-20(X) 03.02.04.002-1() 03.02.05.002-7() 03.02.04.002-1() 03.01.05.006-6 (X)	03.02.06.002-2() 03.01.07.013-0() 03.02.06.001-4() 03.02.02.001-20(X) 03.02.04.002-1() 03.02.05.002-7() 03.02.04.002-1() 03.01.05.006-6 (X)	03.02.06.002-2() 03.01.07.013-0() 03.02.06.001-4() 03.02.02.001-20(X) 03.02.04.002-1() 03.02.05.002-7() 03.02.04.002-1() 03.01.05.006-6 (X)
Fisioterapia	<u>Karim Carvalho</u> Dra. Mariana Simplicio V. de Carvalho FISIOTERAPEUTA CREFITO: 142418-F	<u>Karim Carvalho</u> Dra. Mariana Simplicio V. de Carvalho FISIOTERAPEUTA CREFITO: 142418-F	<u>Gentelino</u> Dra. Mariana Simplicio V. de Carvalho FISIOTERAPEUTA CREFITO: 122.854

Gasometria: pH: _____ PO2: _____ PCO2: _____ HCO3: _____ Lac: _____ BE: _____ FiO2: _____

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Nova Olinda

**HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES**

CNPJ: 06.553.564/0103-62

Telefone: (89) 3522-1489

GABRIEL FERREIRA, S/N, 0 - MANGUINHA - FLORIANO/PI

Indicador: E0112210



INTERNADO

Coletado:

Data: 12/09/2017

Paciente: JAMES DUARTE DAMASCENO

Sexo: MASCULINO

Médico(a): KELMAR DE ARAUJO MARTINS

Idade: 21 ANOS, 10 MESES, 2 DIAS

Convênio: SUS

Leito: 0127 Enfermaria: 36

Impresso: 12/09/2017

HEMOGRAMA

Material:

Método:

HEMOGRAMA

ERITRÓCITOS	3,95 milhões/mm ³	4,5 a 5,9 milhões/mm ³
EMOGLOBINA	11,5 g%	12,0 a 17,5 g%
EMATÓCRITO	34,2 %	40 a 52 %
VCM	86,58 u ³	80 a 100 u ³
HCM	29,11 pg	26 a 34 pg
CHCM	33,63 %	31 a 36 %

OBSERVAÇÕES**LEUCOGRAMA**

LEUCÓCITOS	15.600 /mm ³	4.500 a 11.000 /mm ³
NEUTRÓFILOS	0 %	0
LINFÓCITOS	0 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
MONÓCITOS	0 %	0 a 4 % Até 400 /mm ³
ESQUINÓFILOS	0 %	0 a 66 % 2000 a 7500 /mm ³
PLAQUETAS	90 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
ERITRÓCITOS	0 %	0 a 4 % 100 a 400 /mm ³
NEUTRÓFILOS	1 %	20 a 40 % 900 a 4400 /mm ³
MONÓCITOS	6 %	2 a 8 % 200 a 800 /mm ³
ESQUINÓFILOS	3 %	0
PLAQUETAS	0 %	0
PLAQUETAS	100,00	100%
PLAQUETAS	234.000 /mm ³	150.000 a 400.000 /μL

OBSERVAÇÕES**ERITRÓCITOS**

OBSERVAÇÃO GERAL: LEUCOCITOSE, NEUTROFILIA.

0676-ROBERTO DA FONSECA NETO MOUSINHO

Este laboratório realiza diariamente teste de controle de qualidade antes das realizações dos exames. Hematologia (Advia 60) contagem em lâmina: Bioquímica (Bio 200)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

CNPJ:06.553.564/0103-62

Telefone: (89) 3522-1489

GABRIEL FERREIRA, S/N, 0 - MANGUINHA - FLORIANO/PI

Exame: E0112210



INTERNADO

Coletado:

Data: 12/09/2017

Paciente: JAMES DUARTE DAMASCENO

Sexo: MASCULINO

Médico(a): KELMAR DE ARAUJO MARTINS

Idade: 21 ANOS, 10 MESES, 2 DIAS

Convênio: SUS

Leito: 0127 Enfermaria: 36

Impresso: 12/09/2017

UREATININA

Material: SORO

Método: ENZIMÁTICO

Resultado: 0,9 mg/dl

SORO: 0,4 A 1,3 mg/dl

Observação Geral:

GLICOSE

Material: PLASMA

Método: ENZIMÁTICO

Resultado: 101 mg/dl

70 A 110 mg/dl

Observação Geral:

UREIA

Material: SORO

Método: ENZIMÁTICO

Resultado: 38 mg/dl

15 A 40

Observação Geral:

CRF: 0676-ROBERTO DA FONSECA NETO MOUSINHO

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

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



Paciente: JAMES DUARTE DAMASCENO
Médico: Dr(a) Kelmair De Araujo Martins
Convênio: HOSPITAL TIBERIO NUNES

Procedência: Unidade Matriz

Idade: 21 Anos
Data Rec: 12/09/2017
Data Emissão: 12/09/2017



Potássio

Material: Sangue
Método: Eletrodo Seletivo Automatizado

Resultado: 4,3 mEq/L



Valores de Referência:
3,7 a 5,1 mEq/L

Resultados Anteriores:

4,1
11/09/2017

Sódio

Material: Sangue
Método: Eletrodo Seletivo Automatizado

Resultado: 136,0 mEq/L



Valores de Referência:
135,0 a 144,0 mEq/L

Resultados Anteriores:

135,0
11/09/2017

Dr. Roberto Mousinho
CRM 105.76

Página: 1 de 1

Os valores dos testes laboratoriais sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, regimes alimentares, tempo de jejum, etc. Somente seu médico deve interpretar este resultado.



Nome: <u>James Roberto Damasceno</u>	Idade: _____	Peso ideal: _____
Diagnóstico: <u>Hemorragia extradural (crânio)</u>		
AVM: _____	()TOT ()TQT DIH: _____	DUTI: _____
Leito: <u>124</u>		Data: <u>12/09/12</u>

	Manhã	Tarde	Noite
Nível de consciência	Sedado: ()midazolam ()fentanil RASS: <u>-3</u> ECG-AO: <u>+</u> RM: <u>+</u> RV: <u>+</u>	Sedado: ()midazolam ()fentanil RASS: _____ ECG-AO: <u>+</u> RM: <u>+</u> RV: <u>+</u>	Sedado: ()midazolam ()fentanil RASS: _____ ECG-AO: <u>+</u> RM: <u>+</u> RV: <u>+</u>
Hemodinâmica	()estável ()instável FC: <u>70</u> bpm PA: <u>143/92</u> PAM: <u>106</u> ()DVA: _____	()estável ()instável FC: <u>76</u> bpm PA: <u>150/93</u> PAM: <u>99</u> ()DVA: _____	()estável ()instável FC: <u>75</u> bpm PA: <u>162/92</u> PAM: _____ ()DVA: _____
Padrão respiratório / ritmo	()apical ()diafragmático ()Toracoabdominal ()Paradoxal ()Eupneico ()dispneico ()BAN ()Bradipneico ()taquipneico ()TIC ()esf. ABM ()cianose	()apical ()diafragmático ()Toracoabdominal ()Paradoxal ()Eupneico ()dispneico ()BAN ()Bradipneico ()taquipneico ()TIC ()esf. ABM ()cianose	()apical ()diafragmático ()Toracoabdominal ()Paradoxal ()Eupneico ()dispneico ()BAN ()Bradipneico ()taquipneico ()TIC ()esf. ABM ()cianose
Expansibilidade / ausculta	()bilateral/simétrica ()assimétrica: _____ MV: <u>+</u>	()bilateral/simétrica ()assimétrica: _____ MV: <u>+</u>	()bilateral/simétrica ()assimétrica: _____ MV: <u>+</u>
Oxigenoterapia	()AA ()CN ()Venturi ()Macro FIO2: _____ % SpO2: _____ % FR: _____	()AA ()CN ()Venturi ()Macro FIO2: _____ % SpO2: _____ % FR: _____	()AA ()CN ()Venturi ()Macro FIO2: _____ % SpO2: _____ % FR: _____
Mobilidade	()Ativa ()MMSS ()MMII ()Passiva ()MMSS ()MMII	()Ativa ()MMSS ()MMII ()Passiva ()MMSS ()MMII	()Ativa ()MMSS ()MMII ()Passiva ()MMSS ()MMII
AVM dia ()TOT ()TQT n° _____ Fixação: _____	()VNI ()VMI Modo: ()PSV ()VCV ()PCV/PIP: _____ cmH2O Ppico: _____ PEEP: <u>2</u> cmH2O cmH2O VC: <u>350</u> ml Tins: <u>4.5</u> s FR: <u>15</u> lpm Fluxo: _____ l/min C: _____ R: _____ Sens: _____ FIO2: <u>21</u> % SpO2: <u>98</u> %	()VNI ()VMI Modo: ()PSV ()VCV ()PCV/PIP: <u>8</u> cmH2O Ppico: _____ PEEP: <u>2</u> cmH2O cmH2O VC: _____ ml Tins: _____ s FR: _____ lpm Fluxo: _____ l/min C: _____ R: _____ Sens: _____ FIO2: <u>21</u> % SpO2: <u>100</u> %	()VNI ()VMI Modo: ()PSV ()VCV ()PCV/PIP: <u>8</u> cmH2O Ppico: _____ PEEP: <u>2</u> cmH2O cmH2O VC: _____ ml Tins: _____ s FR: _____ lpm Fluxo: _____ l/min C: _____ R: _____ Sens: _____ FIO2: <u>21</u> % SpO2: <u>100</u> %
Conduta	()Adequação postural Cinesioterapia: ()AA ()AA ()P ()R Sedestação: ()leito ()poltrona ()deambulação Ter. respiratória: ()VNI ()THB ()TEP ()TMR ()Exercícios respiratórios Aspiração: ()VAS ()TOT/TQT Secreção: cor/aspecto: _____	()Adequação postural Cinesioterapia: ()AA ()AA ()P ()R Sedestação: ()leito ()poltrona ()deambulação Ter. respiratória: ()VNI ()THB ()TEP ()TMR ()Exercícios respiratórios Aspiração: ()VAS ()TOT/TQT Secreção: cor/aspecto: _____	()Adequação postural Cinesioterapia: ()AA ()AA ()P ()R Sedestação: ()leito ()poltrona ()deambulação Ter. respiratória: ()VNI ()THB ()TEP ()TMR ()Exercícios respiratórios Aspiração: ()VAS ()TOT/TQT Secreção: cor/aspecto: _____
Ajustes da VM	<u>Fluxo 150 - 200</u>		
Códigos de procedimentos	03.02.06.002-24 03.01.07.013-01 03.02.06.001-41 03.02.02.001-24 03.02.04.002-11 03.02.05.002-71 03.02.04.002-11 03.01.05.006-61	03.02.06.002-24 03.01.07.013-01 03.02.06.001-41 03.02.02.001-24 03.02.04.002-11 03.02.05.002-71 03.02.04.002-11 03.01.05.006-61	03.02.06.002-24 03.01.07.013-01 03.02.06.001-41 03.02.02.001-24 03.02.04.002-11 03.02.05.002-71 03.02.04.002-11 03.01.05.006-61
Fisioterapia	<u>Francisco Reis dos Santos Júnior</u> Fisioterapeuta CREITO 138.154-F	<u>Francisco Reis dos Santos Júnior</u> Fisioterapeuta CREITO 138.154-F	<u>Francisco Reis dos Santos Júnior</u> Fisioterapeuta CREITO 138.154-F

Gasometria: pH: _____ PO2: _____ PCO2: _____ HCO3: _____ Lac: _____ BE: _____ IO: _____ FIO2: _____

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"
Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323
Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

Nome: James Duarte Ramalho

End.: _____ Leito _____ Data: 12/09/17

EVOLUÇÃO MULTI PROFISSIONAL

As 16h paciente chegou em UTI, apresentando
pico hipertensivo, apnéia, reativa, medicação instável,
realizado banho no leito, higiene oral e ocular. Inque
no monitoramento.

16:50h, realizado TC (4 eqts).

Em 12.09.2017 às 21:00h Paciente em UTI
Temperatura: 36,5°C em axila; Chama
Pulsa: 70bpm; Pressão: 120/80mmHg; SatO2: 98%
F.O. Ligeira tosse; oral e ocular. Medicação
em forma prescrita segue: 11

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

GENTE SEGURO S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.003-420

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ - SESAPI
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES / FLORIANO-PI
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

L 120

PRESCRIÇÃO MÉDICA

UTI

1

NOME DO PACIENTE
JAMES DUARTE DAMASCENO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

TCE GRAVE/ACIDENTE MOTOCICLISTICO + 2º DPO DRENAGEM HEMATOMA EXTRADURAL

IDADE 21 UTI/LEITO 127

DATA/HORA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

12/09/2017

01- DIETA ZERO ATE SEG ORDEM

02- SORO FISIOLÓGICO 2000ML EV 24HS
GLICOSE 80% 30ML/SORO

03- RANITIDINA 50MG EV 12/12H

04- CETIRAXONE- 01 G+AD, EV, 12/12 HS

05- CLINDAMICINA- 600MG+100ML-SF0,9%, EV, 6/6 HS

06- FENITOINA 100MG EV 8/8H

07- DIFENIDOL- 02ML+AD, EV, ACM

08- BROMOPRIDA- 01 AMP+AD, EV, ACM

09- SEDAÇÃO, EV, BIC, EV LENTO
FENTANIL- 20ML
MIDAZOLAN- 30ML
SF 0,9% 200ML

10- NEBULIZAÇÃO: 4/4 HS
ATROVENT- 30GTS
SF 0,9% 05ML

11- INSULINA REGULAR CONFORME HGT:
<180-00 201-250-04U 301-350-08U
181-200-02U 251-300-06U >351-10U

12- GLICOSE 50% 04 AMPOLAS EV SE GLIC<80MG/DL

13- DVA, EV, BIC, ACM
NORADRENALINA- 16ML
SG 5% 234ML

14- MORFINA 1ML + AD 9ML FAZER 2ML, EV, ACM

15- HALDOL 1ML IM ACM

16- ANIDIPINO 10-01 COMP, SNE, SE PAD>100 OU PAS>160

17- GICEMIA CAPILAR 6/6 HS

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.000-000

At. Duarte 25m 8188

Nome: Adriano Santos de Almeida Idade: 27 Peso Ideal: 70
 Diagnóstico: Infecção pulmonar (consolidada)
 AVM: () TOT () TQT DIH: DUTI: Leito: 127 Data: 13/09/12

	Manhã	Tarde	Noite
Nível de consciência	Sedado: () midazolam () fentanil RASS: _____ ECG: AO: _____ +RM: _____ +RV: _____ = _____	Sedado: () midazolam () fentanil RASS: _____ ECG: AO: _____ +RM: _____ +RV: _____ = _____	Sedado: () midazolam () fentanil RASS: _____ ECG: AO: _____ +RM: _____ +RV: _____ = _____
Hemodinâmica	() estável () instável FC: <u>110</u> bpm PA: <u>150</u> / <u>80</u> PAM: _____ () DVA: _____	() estável () instável FC: <u>91</u> bpm PA: <u>120</u> / <u>85</u> PAM: _____ () DVA: _____	() estável () instável FC: <u>121</u> bpm PA: <u>150</u> / <u>85</u> PAM: _____ () DVA: _____
Padrão respiratório / ritmo	() apical () diafragmático () Toracoabdominal () Paradoxal () eupneico () dispneico () BAN () Bradipneico () Taquipneico () TIC () Jcsf. ABM () cianose	() apical () diafragmático () Toracoabdominal () Paradoxal () eupneico () dispneico () BAN () Bradipneico () Taquipneico () TIC () Jcsf. ABM () cianose	() apical () diafragmático () Toracoabdominal () Paradoxal () eupneico () dispneico () BAN () Bradipneico () Taquipneico () TIC () Jcsf. ABM () cianose
Expansibilidade / ausculta	() bilateral/simétrica () assimétrica: _____ MV: <u>6/1/6</u>	() bilateral/simétrica () assimétrica: _____ MV: <u>6/1/6</u>	() bilateral/simétrica () assimétrica: _____ MV: <u>6/1/6</u>
Oxigenoterapia	() AA () CN () Venturi () Macro FIO2: _____ % SpO2: _____ % FR: _____	() AA () CN () Venturi () Macro FIO2: _____ % SpO2: _____ % FR: _____	() AA () CN () Venturi () Macro FIO2: _____ % SpO2: _____ % FR: _____
Mobilidade	() Ativa () MMSS () MMII () Passiva () MMSS () MMII	() Ativa () MMSS () MMII () Passiva () MMSS () MMII	() Ativa () MMSS () MMII () Passiva () MMSS () MMII
AVM dia () TOT () TQT nº: _____ Fixação: _____	() VNI () VMI Modo: () PSV () VCV () PCV/PIP: _____ cmH2O Ppico: <u>27</u> PEEP: <u>7</u> cmH2O cmH2O VC: <u>465</u> ml Tins: <u>1</u> s FR: _____ lpm Fluxo: _____ l/min C: _____ R: _____ Sens: _____ FIO2: <u>21</u> % SpO2: <u>94</u> %	() VNI () VMI Modo: () PSV () VCV () PCV/PIP: _____ cmH2O Ppico: <u>27</u> PEEP: _____ cmH2O cmH2O VC: <u>412</u> ml Tins: <u>1</u> s FR: _____ lpm Fluxo: _____ l/min C: _____ R: _____ Sens: _____ FIO2: <u>21</u> % SpO2: <u>95</u> %	() VNI () VMI Modo: () PSV () VCV () PCV/PIP: _____ cmH2O Ppico: <u>27</u> PEEP: <u>7</u> cmH2O cmH2O VC: <u>410</u> ml Tins: <u>1</u> s FR: _____ lpm Fluxo: _____ l/min C: _____ R: _____ Sens: _____ FIO2: <u>21</u> % SpO2: <u>94</u> %
Conduta	() Adequação postural Cinesioterapia: () JA () AA () JP () R Sedestação: () leito () poltrona () decubulação Ter. respiratória: () VNI () THB () TEP () TMR () Exercícios respiratórios Aspiração: () VAS () TOT/TQT Secreção: cor/aspecto: _____	() Adequação postural Cinesioterapia: () JA () AA () JP () R Sedestação: () leito () poltrona () decubulação Ter. respiratória: () VNI () THB () TEP () TMR () Exercícios respiratórios Aspiração: () VAS () TOT/TQT Secreção: cor/aspecto: _____	() Adequação postural Cinesioterapia: () JA () AA () JP () R Sedestação: () leito () poltrona () decubulação Ter. respiratória: () VNI () THB () TEP () TMR () Exercícios respiratórios Aspiração: () VAS () TOT/TQT Secreção: cor/aspecto: _____
Ajustes da VM		<u>Tratado de desmame por</u> <u>plano</u>	
Códigos de procedimentos	03.02.06.002-2() 03.01.07.013-0() 03.02.06.001-4() 03.02.02.001-2() 03.02.04.002-1() 03.02.05.002-7() 03.02.04.002-1() 03.01.05.006-6()	03.02.06.002-2() 03.01.07.013-0() 03.02.06.001-4() 03.02.02.001-2() 03.02.04.002-1() 03.02.05.002-7() 03.02.04.002-1() 03.01.05.006-6()	03.02.06.002-2() 03.01.07.013-0() 03.02.06.001-4() 03.02.02.001-2() 03.02.04.002-1() 03.02.05.002-7() 03.02.04.002-1() 03.01.05.006-6()
Fisioterapia	<u>Deborah Costa</u> <u>Fisioterapeuta</u> <u>02/09/12 17h 16s</u>	<u>Deborah Costa</u> <u>Fisioterapeuta</u> <u>02/09/12 17h 16s</u>	<u>Deborah Costa</u> <u>Fisioterapeuta</u> <u>02/09/12 17h 16s</u>

Gasometria: pH: _____ PO2: _____ PCO2: _____ HCO3: _____ Lac: _____ BE: _____ IO: _____ FIO2: _____

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2012
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

CNPJ: 06.553.564/0103-62

Telefone: (89) 3522-1489

GABRIEL FERREIRA, S/N, 0 - MANGUINHA - FLORIANO/PI

Lendimento: E0112334



INTERNADO

Coletado:

Data: 13/09/2017

Paciente: JAMES DUARTE DAMASCENO

Sexo: MASCULINO

Médico(a): FRANCISCO DOS SANTOS FONSECA

Idade: 21 ANOS, 10 MESES, 3 DIAS

Convênio: SUS

Leito: 0127 Enfermaria: 36

Impressor: 13/09/2017

HEMOGRAMA

Material:

Método:

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	3,64 milhões/mm ³	4,5 a 5,9 milhões/mm ³
HEMOGLOBINA	10,7 g%	12,0 a 17,5 g%
HEMATÓCRITO	31,4 %	40 a 52 %
VCM	86,26 u ³	80 a 100 U ³
HCM	29,40 pg	26 a 34 pg
CHCM	34,08 %	31 a 36 %

OBSERVAÇÕES

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	17.300 mm ³	4.500 a 11.000 /mm ³
MIELÓCITOS	0 %	0
METAMIELÓCITOS	0 %	0
BASTONETES	0 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
SEGMENTADOS	90 %	0 a 4 % Até 400 /mm ³
BASÓFILOS	0 %	36 a 66 % 2000 a 7500 /mm ³
EOSINÓFILOS	1 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
LINFÓCITOS	7 %	0 a 4 % 100 a 400 /mm ³
MONÓCITOS	2 %	20 a 40 % 900 a 4400 /mm ³
LINFÓCITOS ATÍPICOS	0 %	2 a 8 % 200 a 800 /mm ³
CONTAGEM GERAL	100,00	100%
PLAQUETAS	188.000 /mm ³	150.000 a 400.000 /μL

OBSERVAÇÕES

ERITRÓCITOS

OBSERVAÇÃO GERAL: LEUCOCITOSE-NEUTROFILIA

CRF: 374-HIDELBRANDO SILVA SOARES

Este laboratório realiza diariamente teste de controle de qualidade antes das realizações dos exames. Hematologia (Advia 60) com revisão em lâmina: Biorim (nº 200)



**HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES**

CNPJ: 06.553.564/0103-62

Telefone: (89) 3522-1489

GABRIEL FERREIRA, S/N, 0 - MANGUINHA - FLORIANO/PI

Exame: E0112334



INTERNADO

Coletado:

Data: 13/09/2017

Paciente: JAMES DUARTE DAMASCENO

Sexo: MASCULINO

Médico(a): FRANCISCO DOS SANTOS FONSECA

Idade: 21 ANOS, 10 MESES, 2 DIAS

Convênio: SUS

Leito: 0127 Enfermaria: 36

Impresso: 13/09/2017

UREATININA

Material: SORO

Método: ENZIMÁTICO

RESULTADO 0,7 mg/dl

SORO: 0,4 A 1,3 mg/dl

OBSERVAÇÃO GERAL:

GLICOSE

Material: PLASMA

Método: ENZIMÁTICO

RESULTADO 84 mg/dl

70 A 110 mg/dl

OBSERVAÇÃO GERAL:

URETÂNIO

Material: SORO

Método: ENZIMÁTICO

RESULTADO 26 mg/dl

15 A 40

OBSERVAÇÃO GERAL:

CRF: 374-HIDELBRANDO SILVA SOARES

O laboratório realiza diariamente teste de controle de qualidade antes das realizações dos exames. Hematologia (Advia 601) com revisão em lâmina: Bioclin (Bio 200)





LABOVIDA
LABORATÓRIO CLÍNICO

Responsável: Dr. Roberto Mousinho



Rua N.º

Paciente: JAMES DUARTE DAMASCENO
Médico: Dr(a) Francisco Dos Santos Fonseca
Convênio: HOSPITAL TIBÉRIO NUNES Procedência: Unidade Matriz

Idade: 21 Anos
Data Rec: 13/09/2017
Data Emissão: 13/09/2017



Creatinoquinase Total (CK-TOTAL)

Material: Soro
Método: Cinético UV

Resultado: 943,60 U.I./L

Valores de Referência: 24,00 a 180,00 U.I./L

Observações: Resultado repetido e confirmado.

Resultados Anteriores:
741,70
11/09/2017

Potássio

Material: Sangue
Método: Eletrodo Seletivo Automatizado

Resultado: 4,1 mEq/L

Valores de Referência:
3,7 a 5,1 mEq/L

Resultados Anteriores:
4,3
11/09/2017

Sódio

Material: Sangue
Método: Eletrodo Seletivo Automatizado

Resultado: 137,0 mEq/L

Valores de Referência:
135,0 a 144,0 mEq/L

Resultados Anteriores:
136,0
11/09/2017

Dr. Roberto Mousinho
CRM: 10.000

Página 1 de 1

Os valores dos testes laboratoriais sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, regimes alimentares, tempo de jejum, etc. Somente seu médico deve interpretar este resultado.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.092-470
Teresina, PI

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"
Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323
Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

Nome: João Duarte Damasceno

End.: 121 Leito 127 Data: 13 / 09 / 17

EVOLUÇÃO MULTI PROFISSIONAL

Em 10:41h paciente chegou em 9: DTH em UTI, 9: DPO de manuseio -
unidade de extrator de fraturas extrínsecas. Apresenta edema de gu-
nha "D". Em tempo, apresenta inquietação. Abdomen encaixado e
flexível com RHA (+). Segue em VM+TOT em modo CPAP (26cmH₂O +
Flow 23 + Pressão 15 + PEEP 3). Diurese por SDD com débito bastante
concentrado, 5.0 em cubos limpos e macia nas mamas plásticas. Se-
gue com medicações sintomáticas. Prescritas: Eváldo Pires Landim Alves -
ENFERMEIRO
COREN-PI: 515.238
Em 12:41h As 11:50 Substâncias e Parâmetros
SDD, Pl. gaseosa, PCT. Segue em unidade, 12:42h no
leito respirando a 10. Dóla do braço.
Em 13h paciente com hipertensão, administração com
olhos e compressas. Prescritas: em VM+TOT, 13:42h por
SDD; avaliação atualizada de o manuseio. Segue em
multicâmbio, após avaliação pós hipertensão. Se de-
staca 37.28.79

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 468 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ - SESAPI
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES/ FLORIANO-PI
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

L. 120

PRESCRIÇÃO MÉDICA
UTI

1

NOME DO PACIENTE		IDADE	UTI/LEITO
JAMES DUARTE DAMASCENO		21	127
HISTÓRIE DIAGNÓSTICA			
D3 UTI			
TCE GRAVE(ACIDENTE MOTOCICLISTICO) + 3º DPO DRENAGEM HEMATOMA EXTRADURAL			
PCT GRAVE + IOT D3 + VM + SEDAÇÃO RAMSAY V + SEM DVA + HB 11,5 + HT 34,2 + LEUCO 15600 + PLAQ 234000 + UR 38 + CR 0,9+ K 4,3+ NA 136 + TAX 36 - 38,4 + PAM			
96 - 115 + HGT 121-155 + DIURESE: 1750 + BH + 1028			
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	
13/09/2017	01- DIETA POR SOG 100ML 3/3H		
	02- SORO FISIOLÓGICO 3000ML EV 24HS		
	GLICOSE 50% 30ML/SORO		
	03- RANITIDINA 50MG EV 12/12H		
D1	04- CEFTRIAXONE- 01 G+AD, EV, 12/12 HS		
	05- CLINDAMICINA- 600MG+100ML-SF0,9%, EV, 6/6 HS		
	06- FENTONINA 100MG EV 8/8H		
	07- DILPIRONA- 02ML+AD, EV, ACM		
	08- BROMOPRIDA- 01 AMP+AD, EV, ACM		
	09- SEDAÇÃO, EV, BIC, EV LENTO		
	FENTANIL- 20ML		
	MIDAZOLAN- 30ML		
	SF 0,9% 200ML		
	10- NEBULIZAÇÃO: 4/4 HS		
	ATROVENT- 30GTS		
	SF 0,9% 05ML		
	11- INSULINA REGULAR CONFORME HGT:		
	<180-00 201-250-04U 301-350-08U		
	181-200-02U 251-300-06U >351-10U		
	12- GLICOSE 50% 04 AMPOLAS EV SE GLIC<80MG/DL		
	13- DVA, EV, BIC, ACM		
	NORADRENALINA- 16ML		
	SG 5% 234ML		
	14- MORFINA 1ML + AD 9ML FAZER 2ML, EV, ACM		
	15- HALDOL 1ML IM ACM		
	16- ANLIDIPINO 10-01 COMP, SNE, SE PAD>100 OU PAS>160		

DEPARTAMENTOS DE SIMISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

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

[illegible]

2

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

17 OUT 2018

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

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"
Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323
Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

Nome:

Genes Duarte

End.:

Leito

Data:

/ /

EVOLUÇÃO MULTI PROFISSIONAL

11/09/17 - 1º PC DE MED e 1º PC

Sedado, Emissy VE, TCT + um.
de TC de controle

Dr. Márcio Dias de Almeida
Neurocirurgião
CRM-P1 3100

12/09/17 - 2º PC DE MED e

Sedado, Emissy VE, FIPR
TC de controle = MED RESIDUAL < 1,5 mm de
espessura. Com (1) RETORAR ORTOD.
(2) RESUME de EXPD.

Dr. Márcio Dias de Almeida
Neurocirurgião
CRM-P1 3100

13/09/17

vive e
no: per-op MED

Pt. segue com gesso de 207 + um
sem sedação.

ECG: 8 w: 2, v: 1, m: 5)

Devido fragoridade padrão respiratório

Dr. Márcio Dias de Almeida
Neurocirurgião
CRM-P1 3100

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

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



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

CNPJ: 06.553.564/0103-62 Telefone: (89) 3522-1489
GABRIEL FERREIRA, S/N, 0 - MANGUINHA - FLORIANO/PI

Indicador: E0112415	INTERNADO	Coletado:	Data: 14/09/2017
Paciente: JAMES DUARTE DAMASCENO		Sexo: MASCULINO	
Médico(a): MARCUS VINICIUS MALHEIROS KALUME		Idade: 21 ANOS, 10 MESES, 2 DIAS	
Convênio: SUS	Leito: 0127 Enfermaria: 36	Impressor: 14/09/2017	

HEMOGRAMA

Asteriat:
Método:

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	3,21 milhões/mm ³	4,5 a 5,9 milhões/mm ³
HEMOGLOBINA	9,5 g%	12,0 a 17,5 g%
HEMATÓCRITO	27,8 %	40 a 52 %
VCM	86,60 u ³	80 a 100 U ³
HCM	29,60 pg	26 a 34 pg
CHCM	34,17 %	31 a 36 %

OBSERVAÇÕES

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	15.800 mm ³	4.500 a 11.000 /mm ³
NEUTRÓFILOS	0 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
LINFÓCITOS	0 %	0 a 4 % Até 400 /mm ³
MONÓCITOS	0 %	0 a 4 % Até 400 /mm ³
PLAQUETAS	177.000 /mm ³	150.000 a 400.000 /µL

OBSERVAÇÕES

ERITRÓCITOS

OBSERVAÇÃO GERAL: LEUCOCITOSE-ERITROPENIA LEVE-NEUTROFILIA-LINFOPENIA.

CRF: 0371-PAULO RICARDO MENDONÇA VASCONCELOS

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

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

**HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES**

CNPJ:06.553.564/0103-62

Telefone: (89) 3522-1489

GABRIEL FERREIRA, S/N, 0 - MANGUINHA - FLORIANO/PI

Exatidão: E0112415



INTERNADO

Coletado:

Data: 14/09/2017

Paciente: JAMES DUARTE DAMASCENO
Médico(a): MARCUS VINICIUS MALHEIROS KALUME
Convênio: SUS Leito: 0127 Enfermaria: 38

Sexo: MASCULINO
Idade: 21 ANOS, 10 MESES, 2 DIAS
Impressor: 14/09/2017

UREIA

Material: SORO

Método: ENZIMÁTICO

RESULTADO

36 mg/dl

15 A 40

OBSERVAÇÃO GERAL:

CRF: 0371-PAULO RICARDO MENDONÇA VASCONCELOS

O laboratório realiza diariamente teste de controle de qualidade antes das realizações dos exames. Hematologia (Advis 601 com reação em lâmina: Biodinâmica (Bio 200)





LABOVIDA
LABORATÓRIO CLÍNICO



Responsável: Dr. Roberto Mourão

Paciente: JAMES DUARTE DAMASCENO
Médico: Dr(a) MARCUS VINICIUS M. KALUME
Convênio: HOSPITAL TIBERIO NUNES Procedência: Unidade Matriz

Idade: 21 Anos
Data Req.: 14/09/2017
Data Emissão: 14/09/2017



Creatinoquinase Total (CK-TOTAL)

Material: Soro
Método: Cinético UV

Resultado: 567,40 U.I./L

Valores de Referência: 24,00 a 180,00 U.I./L

Observações: Resultado repetido e confirmado.

Resultados Anteriores:
943,80 741,19
13/09/2017 11/09/2017

Creatinina

Material: Soro
Método: Enzimático Colorimétrico

Resultado: 1,13 mg/dL

Valores de Referência:
0,40 a 1,30 mg/dL

Nota: A elevação das creatinas e certos antibióticos do grupo das cefalosporinas podem produzir elevações falsas da creatinina no soro ou na urina. Certos medicamentos (cimetidina, probenecida, trimetoprim) interferem na secreção tubular da creatinina, aumentando o nível sérico desta e reduzindo sua depuração.

Potássio

Material: Sangue
Método: Eletrodo Seletivo Automatizado

Resultado: 4,2 mEq/L

Valores de Referência:
3,7 a 5,1 mEq/L

Resultados Anteriores:
4,1 4,2 4,1
13/09/2017 12/09/2017 11/09/2017

Sódio

Material: Sangue
Método: Eletrodo Seletivo Automatizado

Resultado: 139,0 mEq/L

Valores de Referência:
135,0 a 144,0 mEq/L

Resultados Anteriores:
137,0 136,0 135,0
13/09/2017 12/09/2017 11/09/2017

Dr. Roberto Mourão
CRE 11.155.71

Os valores dos testes laboratoriais sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, regimes alimentares, tempo de jejum, etc. Somente seu médico deve interpretar este resultado.



Nome: Rosane Maria de Oliveira Idade: 24 Peso Ideal: 50
 Diagnóstico: SCC - Tumor maligno de pulmão - metastático
 AVIM: 40 ()TOT ()TQT DIH: 01/10/2017 DUTI: 123 Leito: 14 Data: 14/09/2017

	Manhã	Tarde	Noite
Nível de consciência	Sedado: ()midazolam ()fentanil RASS: <u>1</u> ECG: AO: <u>1</u> +RM: <u>6</u> +RV: <u>3</u> = <u>8</u>	Sedado: ()midazolam ()fentanil RASS: <u>1</u> ECG: AO: <u>1</u> +RM: <u>6</u> +RV: <u>3</u> = <u>8</u>	Sedado: ()midazolam ()fentanil RASS: <u>1</u> ECG: AO: <u>1</u> +RM: <u>6</u> +RV: <u>3</u> = <u>8</u>
Hemodinâmica	()estável ()instável FC: <u>78</u> bpm PA: <u>110/70</u> PAM: <u>70</u> ()DVA: <u>110/70</u>	()estável ()instável FC: <u>78</u> bpm PA: <u>110/70</u> PAM: <u>70</u> ()DVA: <u>110/70</u>	()estável ()instável FC: <u>78</u> bpm PA: <u>110/70</u> PAM: <u>70</u> ()DVA: <u>110/70</u>
Padrão respiratório/ritmo	()apical ()diafragmático ()Toracoabdominal ()Paradoxal ()eupneico ()dispneico ()BAN ()Bradipneico ()taquipneico ()TIC ()esf. ABM ()cianose	()apical ()diafragmático ()Toracoabdominal ()Paradoxal ()eupneico ()dispneico ()BAN ()Bradipneico ()taquipneico ()TIC ()esf. ABM ()cianose	()apical ()diafragmático ()Toracoabdominal ()Paradoxal ()eupneico ()dispneico ()BAN ()Bradipneico ()taquipneico ()TIC ()esf. ABM ()cianose
Expansibilidade/ausculta	()bilateral/simétrica ()assimétrica: <u>ausculta normal</u> MV: <u>2000</u>	()bilateral/simétrica ()assimétrica: <u>ausculta normal</u> MV: <u>2000</u>	()bilateral/simétrica ()assimétrica: <u>ausculta normal</u> MV: <u>2000</u>
Oxigenoterapia	()AA ()CN ()Venturi ()Macro FIO2: <u>21</u> % SpO2: <u>98</u> % FR: <u>12</u>	()AA ()CN ()Venturi ()Macro FIO2: <u>21</u> % SpO2: <u>98</u> % FR: <u>12</u>	()AA ()CN ()Venturi ()Macro FIO2: <u>21</u> % SpO2: <u>98</u> % FR: <u>12</u>
Mobilidade	()Ativa ()MMSS ()MMII ()Passiva ()MMSS ()MMII	()Ativa ()MMSS ()MMII ()Passiva ()MMSS ()MMII	()Ativa ()MMSS ()MMII ()Passiva ()MMSS ()MMII
AVIM dia ()TOT ()TQT n: <u>80</u> Fixação: <u>fixado</u>	()VNI ()VMI Modo: ()PSV ()VCV ()PCV/PIP: <u>12</u> cmH2O Ppico: <u>18</u> PEEP: <u>6</u> cmH2O cmH2O VC: <u>330</u> ml Tins: <u>5</u> FR: <u>12</u> ipm Fluxo: <u>1</u> l/min C: <u>1</u> R: <u>1</u> Sens: <u>4</u> FIO2: <u>21</u> % SpO2: <u>98</u> %	()VNI ()VMI Modo: ()PSV ()VCV ()PCV/PIP: <u>12</u> cmH2O Ppico: <u>18</u> PEEP: <u>6</u> cmH2O cmH2O VC: <u>330</u> ml Tins: <u>5</u> FR: <u>12</u> ipm Fluxo: <u>1</u> l/min C: <u>1</u> R: <u>1</u> Sens: <u>4</u> FIO2: <u>21</u> % SpO2: <u>98</u> %	()VNI ()VMI Modo: ()PSV ()VCV ()PCV/PIP: <u>12</u> cmH2O Ppico: <u>18</u> PEEP: <u>6</u> cmH2O cmH2O VC: <u>330</u> ml Tins: <u>5</u> FR: <u>12</u> ipm Fluxo: <u>1</u> l/min C: <u>1</u> R: <u>1</u> Sens: <u>4</u> FIO2: <u>21</u> % SpO2: <u>98</u> %
Conduta	()Adequação postural Cinesioterapia: ()JA ()AA ()P ()R Sedestação: ()leito ()poltrona ()deambulação Ter. respiratória: ()VNI ()THB ()TEP ()TMR ()Exercícios respiratórios Aspiração: ()VAS ()TOT/TQT Secreção: cor/aspecto: <u>ausculta normal</u>	()Adequação postural Cinesioterapia: ()JA ()AA ()P ()R Sedestação: ()leito ()poltrona ()deambulação Ter. respiratória: ()VNI ()THB ()TEP ()TMR ()Exercícios respiratórios Aspiração: ()VAS ()TOT/TQT Secreção: cor/aspecto: <u>ausculta normal</u>	()Adequação postural Cinesioterapia: ()JA ()AA ()P ()R Sedestação: ()leito ()poltrona ()deambulação Ter. respiratória: ()VNI ()THB ()TEP ()TMR ()Exercícios respiratórios Aspiração: ()VAS ()TOT/TQT Secreção: cor/aspecto: <u>ausculta normal</u>
Ajustes da VM	<u>sem ajustes</u>	<u>sem ajustes</u>	<u>sem ajustes</u>
Códigos de procedimentos	03.02.06.002-2 () 03.01.07.013-0 () 03.02.06.001-4 () 03.02.02.001-2 () 03.02.04.002-1 () 03.02.05.002-7 () 03.02.04.002-1 () 03.01.05.006-6 ()	03.02.06.002-2 () 03.01.07.013-0 () 03.02.05.001-4 () 03.02.02.001-2 () 03.02.04.002-1 () 03.02.05.002-7 () 03.02.04.002-1 () 03.01.05.006-6 ()	03.02.06.002-2 () 03.01.07.013-0 () 03.02.06.001-4 () 03.02.02.001-2 () 03.02.04.002-1 () 03.02.05.002-7 () 03.02.04.002-1 () 03.01.05.006-6 ()
Fisioterapeuta	<u>Dr. Daniel Fonseca e Silva</u> Fisioterapeuta CREFITO: 220267-F CPF: 039.494.303-18	<u>Dr. Daniel Fonseca e Silva</u> Fisioterapeuta CREFITO: 220267-F CPF: 039.494.303-18	<u>Dr. Francisco R. de Figueira B. Lima</u> FISIOTERAPEUTA CREFITO: 122.854

Gasometria: pH: 7.38 PO2: 100 PCO2: 35 HCO3: 24 Lac: 0.2 BE: -2 IO: 0 FIO2: 21



Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323

Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

Nome: James Duarte Damasceno

End.: UTI Leito 327 Data: 14 / 09 / 17

EVOLUÇÃO MULTI PROFISSIONAL

Em 13.09.17 paciente chegou em 4:35h em UTI e 4:00 de internação. Análise de exames de laboratório: extracardíaco. Apresenta pupilas isocóricas, reativas. Segue em VM+TOT em modo CPP 125% de O₂ + PEEP 6 + Freq. 12. Apresenta edema e cianose em regiões periorbitais bilaterais. Apresenta inquietação. AV2 em 0726. SO6 para que vaguem sua com débito de excreta ausente desde último expulso constatado. F.O com edema em membros inferiores. Segue sob cuidados intensivos. Joel G. Kellyen Reim

Enfermeira de Enfermagem

Em 14.09.17 às 16:00h, paciente calma, semelente, segue sem dor, sem sedação, em VM+TOT, com ciente, sensível, SSV normal, normoglicêmico, boa saturação, realizado banho no leito, dieta por SIF, com boa aceitação da dieta.

Leila Maria da Paz Oliveira
COREN/PI 825646
Enfermeira

Em 24.45h, apresentando melhora, foi então retirado o tubo para traqueia, porém manteve-se com macrorrinalização, com SPO₂ = 88%, dispnéia moderada. Segue sob cuidados intensivos; normotensão; S.F. 11

Silvia Regina da Costa Siqueira
Enfermeira
COREN-PI 121022

Em 08h, apresenta melhora e mantém-se com macrorrinalização, com SPO₂ = 93%. Segue em cuidados intensivos. BE Cláudia 31-814

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 405 Lado C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Cosmo de Resende, 455 Laja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Hospital Regional "Tibério Nunes"
 Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323
 -Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

End.: UTS Leito 127 Data: 15 / 09 / 14

[illegible]

As 21.00h. Juvenete não aceita desta obrigação.

As 22.00h Realizada reunião interna com a
coordenadora, para discutir diversos assuntos.

Em 16.09.17 às 02:30h. Realizada inspeção interna
suscinto com diurese em balda. 

Mateus Silva Co.
Téc. Enfermagem
CRM 10.1073

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

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ - SESAPI
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES / FLORIANO-PI
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

L 120

PRESCRIÇÃO MÉDICA
UTI

NOME DO PACIENTE
JAMES DUARTE DAMASCENO

IDADE
21

UTI/LEITO
127

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

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA
DS UTI
TCE GRAVE/ACIDENTE MOTOCLÍSTICO) + 5^o DPO DRENAGEM HEMATOMA EXTRADURAL
PCT GRAVE + SEM SEDAÇÃO + SEM DVA + EXTUBAÇÃO HA 16H + HB 9,5 + HT 27,8 + LEUCO 15800 + PLAQ 17000 + UR 36 + CPK 561 + CR 1,13+ K 4,2+ NA 139 +
DIURESE: 2115 + BH + 2292

DATA/HORA
15/09/2017

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

01- DIETA POR SOG 100ML 3/3H	
02- SORO FISIOLÓGICO 1500ML EV 24HS GLICOSE 50% 30ML/SORO	
03- RANITIDINA 50MG EV 12/12H	
04- CEFTRIAXONE- 01 G+AD, EV, 12/12 HS	
05- CLINDAMICINA- 600MG+100ML-SF0,9%, EV, 6/6 HS	
06- FENTONIA 100MG EV 8/8H	
07- DIPIRONA- 02ML+AD, EV, ACM	
08- BROMOPRIDA- 01 AMP+AD, EV, ACM	
09- SEDAÇÃO, EV, BIC, EV LENTO FENTANIL-----20ML MIDAZOLAN-----30ML SF 0,9%-----200ML	
10- NEBULIZAÇÃO: 4/4 HS ATROVENT-----30GTS SF 0,9%-----05ML	
11- INSULINA REGULAR CONFORME HGT: <180-00 201-250-04U 301-350-08U 181-200-02U 251-300-06U >351-10U	
12- GLICOSE 50% 04 AMPOLAS EV SE GLIC<80MG/DL	
13- DVA, EV, BIC, ACM NORADRENALINA-----16ML SG 5%-----234ML	
14- MORENA 1ML + AD 9ML FAZER 2ML, EV, ACM	
15- HALDOL 1ML IM ACM	
16- ANUDIPINO 10-01 COMP, SNE, SE PAD>100 OU PAS>160	

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

NPJ:06.553.564/0103-62 Telefone: (85) 3522-1489
GABRIEL FERREIRA, S/N, 0 - MANGUINHA - FLORIANO/PI

Exame: E0112516



INTERNADO

Coletado:

Data: 15/09/2017

Paciente: JAMES DUARTE DAMASCENO

Sexo: MASCULINO

Médico(a): MANOEL EMÍDIO PEREIRA DA ROCHA

Idade: 21 ANOS, 19 MESES, 2 DIAS

Convênio: SUS

Leito: 0127 Enfermaria: 36

Impresso: 15/09/2017

UREIA

Material: SORO

Método: ENZIMÁTICO

RESULTADO: 35 mg/dl

15 A 40

OBSERVAÇÃO GERAL:

CRP: 254 PAULO CESAR BORGES LOPES

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





LABOVIDA
LABORATÓRIO CLÍNICO



Control Lab
Balanço 11/11/14 - 12/12/14
Certificado ISO 9001

"De mãos dadas com sua saúde"
Responsável: Dr. Roberto Moisés

Paciente: JAMES DUARTE DAMASCENO

Médico: Dr(a) Manoel Emidio Pereira Da Rocha

Convênio: HOSPITAL TIBERIO NUNES

Procedência: Unidade Matriz

Idade: 21 Anos

Data Rx: 15/09/2017

Data Emissão: 15/09/2017



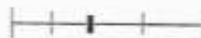
00041252

Creatinina

Material: Soro

Método: Enzimático Colorimétrico

Resultado: 0,78 mg/dL



Valores de Referência:
0,40 a 1,30 mg/dL

Nota: A elevação das cetonas e certos antibióticos do grupo das cefalosporinas podem produzir elevações falsas da creatinina no soro ou na urina. Certos medicamentos (cimetidina, probenecida, trimetoprim) interferem na secreção tubular da creatinina, aumentando o nível sérico desta e reduzindo sua depuração.

Resultados Anteriores:

1,13
14/09/2017

Potássio

Material: Sangue

Método: Eletrodo Seletivo Automatizado

Resultado: 4,0 mEq/L



Valores de Referência:
3,7 a 5,1 mEq/L

Resultados Anteriores:

4,2
14/09/2017

4,1
13/09/2017

4,3
12/09/2017

4,1
11/09/2017

Sódio

Material: Sangue

Método: Eletrodo Seletivo Automatizado

Resultado: 139,0 mEq/L



Valores de Referência:
135,0 a 144,0 mEq/L

Resultados Anteriores:

139,0
14/09/2017

137,0
13/09/2017

136,0
12/09/2017

135,0
11/09/2017

Dr. Roberto Moisés
CREP 0676

Página: 1 de 1

Os valores dos testes laboratoriais sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, alimentares, tempo de jejum, etc. Somente seu médico deve interpretar este resultado.



Nome: Jane Dantas Romão Idade: 1 Peso ideal: _____
 Diagnóstico: _____
 AVM: ()TOT ()TQT DIH: DUTI: _____ Leito: 127 Data: 15/09/2018

	Manhã	Tarde	Noite
Nível de consciência	Sedado: ()midazolam ()fentanil RASS: _____ ECG:AO: _____ +RM: _____ +RV: _____	Sedado: ()midazolam ()fentanil RASS: _____ ECG:AO: _____ +RM: _____ +RV: _____	Sedado: ()midazolam ()fentanil RASS: _____ ECG:AO: _____ +RM: _____ +RV: _____
Hemodinâmica	()estável ()instável FC: _____ bpm PA: <u>137/91</u> PAM: <u>106</u> ()DVA: _____	()estável ()instável FC: <u>76</u> bpm PA: <u>137/91</u> PAM: <u>106</u> ()DVA: _____	()estável ()instável FC: <u>83</u> bpm PA: <u>130/60</u> PAM: _____ ()DVA: _____
Padrão respiratório / ritmo	()apical ()diafragmático ()toracoabdominal ()paradoxal ()eupneico ()dispneico ()BAN ()bradipneico ()taquipneico ()TIC ()esc. ABM ()cianose	()apical ()diafragmático ()toracoabdominal ()paradoxal ()eupneico ()dispneico ()BAN ()bradipneico ()taquipneico ()TIC ()esc. ABM ()cianose	()apical ()diafragmático ()toracoabdominal ()paradoxal ()eupneico ()dispneico ()BAN ()bradipneico ()taquipneico ()TIC ()esc. ABM ()cianose
Expansibilidade / ausculta	()bilateral/simétrica ()assimétrica: _____ MV: _____	()bilateral/simétrica ()assimétrica: _____ MV: _____	()bilateral/simétrica ()assimétrica: _____ MV: <u>35 cm H₂O</u>
Oxigenoterapia	()AA ()CN ()Venturi ()Macro FIO ₂ : _____ % SpO ₂ : <u>95</u> % FR: <u>20</u>	()AA ()CN ()Venturi ()Macro FIO ₂ : _____ % SpO ₂ : <u>95</u> % FR: <u>20</u>	()AA ()CN ()Venturi ()Macro FIO ₂ : _____ % SpO ₂ : <u>95</u> % FR: _____
Mobilidade	()Ativa ()MMSS ()MMII () ()Passiva ()MMSS ()MMII	()Ativa ()MMSS ()MMII () ()Passiva ()MMSS ()MMII	()Ativa ()MMSS ()MMII () ()Passiva ()MMSS ()MMII
AVM	()VNI ()VMI Modo: ()PSV ()VCV ()PCV/PIP: _____ cmH ₂ O Ppico: _____ PEEP: _____ cmH ₂ O cmH ₂ O VC: _____ ml Tins: _____ s FR: _____ ipm Fluxo: _____ l/min C: _____ R: _____ Sens: _____ FIO ₂ : _____ % SpO ₂ : _____ %	()VNI ()VMI Modo: ()PSV ()VCV ()PCV/PIP: _____ cmH ₂ O Ppico: _____ PEEP: _____ cmH ₂ O cmH ₂ O VC: _____ ml Tins: _____ s FR: _____ ipm Fluxo: _____ l/min C: _____ R: _____ Sens: _____ FIO ₂ : _____ % SpO ₂ : _____ %	()VNI ()VMI Modo: ()PSV ()VCV ()PCV/PIP: _____ cmH ₂ O Ppico: _____ PEEP: _____ cmH ₂ O cmH ₂ O VC: _____ ml Tins: _____ s FR: _____ ipm Fluxo: _____ l/min C: _____ R: _____ Sens: _____ FIO ₂ : _____ % SpO ₂ : _____ %
Conduta	()Adequação postural Cinesioterapia: ()JA ()AA ()P ()R Sedestação: ()leito ()poltrona ()deambulação Ter. respiratória: ()VNI ()THB ()TEP ()TMR ()Exercícios respiratórios Aspiração: ()VAS ()TOT/TQT Secreção: cor/aspecto: _____	()Adequação postural Cinesioterapia: ()JA ()AA ()P ()R Sedestação: ()leito ()poltrona ()deambulação Ter. respiratória: ()VNI ()THB ()TEP ()TMR ()Exercícios respiratórios Aspiração: ()VAS ()TOT/TQT Secreção: cor/aspecto: _____	()Adequação postural Cinesioterapia: ()JA ()AA ()P ()R Sedestação: ()leito ()poltrona ()deambulação Ter. respiratória: ()VNI ()THB ()TEP ()TMR ()Exercícios respiratórios Aspiração: ()VAS ()TOT/TQT Secreção: cor/aspecto: _____
Ajustes da VM			
Códigos de procedimentos	03.02.06.002-2() 03.01.07.013-0() 03.02.06.001-4() 03.02.02.001-2() 03.02.04.002-1() 03.02.05.002-7() 03.02.04.002-1() 03.01.05.006-6()	03.02.06.002-2() 03.01.07.013-0() 03.02.06.001-4() 03.02.02.001-2() 03.02.04.002-1() 03.02.05.002-7() 03.02.04.002-1() 03.01.05.006-6()	03.02.06.002-2() 03.01.07.013-0() 03.02.06.001-4() 03.02.02.001-2() 03.02.04.002-1() 03.02.05.002-7() 03.02.04.002-1() 03.01.05.006-6()
Fisioterapeuta	<u>Regina</u>	<u>Regina</u>	<u>Regina</u> Dr. Francisco B. da Fonseca B. Lima FISIOTERAPÊUTA CREFITO: 122.054

Gasometria: pH: _____ PO₂: _____ PCO₂: _____ HCO₃: _____ Lac: _____ BE: _____ IO: _____ FIO₂: _____



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUN

CNPJ: 06.553.564/0103-62

Telefone: (89) 3523-1489

GABRIEL FERREIRA, S/N, 0 - MANGUINHA - FLORIANO/PI

Número: E0112587



INTERNADO

Coletado:

Data: 16/09/2017

Paciente: JAMES DUARTE DAMASCENO
Médico(a): FRANCISCO DOS SANTOS FONSECA
Atendimento: SUS

Leito: 0127 Enfermaria: 36

Sexo: MASCULINO
Idade: 21 ANOS, 10 MESES, 2 DIAS
Impresso: 16/09/2017

COSE

Material: PLASMA
Tipo: ENZIMÁTICO
Resultado: 70 mg/dl 70 A 110 mg/dl
Observação Geral:

EIA

Material: SORO
Tipo: ENZIMÁTICO
Resultado: 33 mg/dl 15 A 40
Observação Geral:

CRF: 374-HIDELBRANDO SILVA SOARES

Este laboratório realiza diariamente teste de controle de qualidade antes das realizações dos exames. Hematologia (Advis 60) com revisão em lâmina: Biologia (Advis 60)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



Paciente JAMES DUARTE DAMASCENO	Idade 21 Anos	 00041289
Médico Dr(a) Francisco Dos Santos Fonseca	Data Req. 16/09/2017	
Convênio HOSPITAL TIBÉRIO NUNES	Data Emissão .. 16/09/2017	
Procedência: Unidade Matriz		

Creatinina

Material: Soro
Método: Enzimático Colorimétrico

Resultado: **0,94 mg/dL**



Valores de Referência:
0,40 a 1,30 mg/dL

Nota: A elevação das cetonas e certos antibióticos do grupo das cefalosporinas podem produzir elevações falsas da creatinina no soro ou na urina. Certos medicamentos (cimetidina, probenecida, trimetoprim) interferem na secreção tubular da creatinina, aumentando o nível sérico desta e reduzindo sua depuração.

Resultados Anteriores:

0,78	1,13
15/09/2017	14/09/2017

Potássio

Material: Sangue
Método: Eletrodo Seletivo Automatizado

Resultado: **4,2 mEq/L**



Valores de Referência:
3,7 a 5,1 mEq/L

Resultados Anteriores:

4,0	4,2	4,1	4,3	4,1
15/09/2017	14/09/2017	13/09/2017	12/09/2017	11/09/2017

Sódio

Material: Sangue
Método: Eletrodo Seletivo Automatizado

Resultado: **138,0 mEq/L**



Valores de Referência:
135,0 a 144,0 mEq/L

Resultados Anteriores:

139,0	139,0	137,0	136,0	135,0
15/09/2017	14/09/2017	13/09/2017	12/09/2017	11/09/2017

Dr. Roberto Mourinho
CREP 0676

Página 1 de 1

Os valores dos testes laboratoriais sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, regimes alimentares, tempo de jejum, etc. Somente seu médico deve interpretar este resultado.



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUN

CNPJ: 06.553.564/0103-62 Telefone: (89) 3522-1489
GABRIEL FERREIRA, S/N, 0 - MANGUINHA - FLORIANO/PI

Identificador: E0112587 INTERNADO Coletado: Data: 16/09/2017
Paciente: JAMES DUARTE DAMASCENO Sexo: MASCULINO
Mãe: FRANCISCO DOS SANTOS FONSECA Idade: 21 ANOS, 10 MESES, 2 DIAS
Vínculo: SUS Leito: 0127 Enfermaria: 36 Impresso: 16/09/2017

GRAMA

Qual:
Ido:

GRAMA

ERÓCITOS	3,50 milhões/mm ³	4,5 a 5,9 milhões/mm ³
OGLOBINA	10,2 g%	12,0 a 17,5 g%
ATÓCRITO	29,9 %	40 a 52 %
M	85,43 u ²	80 a 100 U ²
M	29,14 pg	28 a 34 pg
CM	34,11 %	31 a 36 %

ERVAÇÕES

GRAMA

ERÓCITOS	14.100/mm ³	4.500 a 11.000 /mm ³
ERÓCITOS	0 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
AMIELÓCITOS	0 %	0 a 4 % Até 400 /mm ³
TONETES	0 %	36 a 66 % 2000 a 7500 /mm ³
MENTADOS	88 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
ÓFILOS	0 %	0 a 4 % 100 a 400 /mm ³
INÓFILOS	2 %	20 a 40 % 900 a 4400 /mm ³
ÓCITOS	8 %	2 a 8 % 200 a 800 /mm ³
ÓCITOS	2 %	
ÓCITOS ATÍPICOS	0 %	100%
AGEM GERAL	100,00	
QUETAS	239.000 /mm ³	150.000 a 400.000 /μL

ERVAÇÕES

TRÓCITOS

SERVAÇÃO GERAL: LEUCOCITOSE-NEUTROFILIA

CRF: 374-HIDELBRANDO SILVA SOARES

O laboratório realiza diariamente teste de controle de qualidade antes das realizações dos exames. Hematologia (Advia 601 com revisto em lâmina: Bioprocess 150-200)



Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"
Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323
Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

Nome: James Quirte Damosento

End.: _____ Leito 124 Data: 16/09/18

EVOLUÇÃO MULTI PROFISSIONAL

Paciente segue no 6º dia de DIH em UTI, Glasgow: E-O-NT, V-3, M-6 = 9.
Paciente apresentando edema e equimose periorbital, esclera discreta de
coloração amarelada, hiperemia, pupilas isocóricas e optocóricas, -
paciente reflexivo, respirando espontâneo a 18 PMV, AE com RVE em
2T, abd. escarado e ruídos hidroaéreos presentes e hiperativos. Paciente
apresenta resposta ao comando: movimentação de MMSS e II. Distal
palpado por VO, diurese por DV. Mantém 55VV estáveis. COPIA DE 111.311
Com 2000h paciente segue consciente, responsivo e estável
nas vitais e sinais vitais, 55VV estáveis, respondendo ao
comando. H. Ruyhina Dias 24/1484

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 925 Loja C
Centro - Maceió

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
SERVIÇO DE ENFERMAGEM

LEITO: 223 ADM: 111
NOME: Jansen Duarte
MÉDICO: Luis

LEITO: 223 ADM: 111
IDADE: 11
ENFERMEIRO (A): Liane

SINAIS VITAIS										ENTRADAS				SAÍDAS											
HS	T	P	FC	R	PA	PAM	SAT O ₂	GLUC.	VO	SNG	H ₂ O	SF 0,9%	SG 5%	RING	VO	EV	SNG	SEDAÇÃO	NORA	CONC. HEM.	DIUR.	FEZ	SNG	DREN	VOM
7																									
8	35	122	96	10	144/96	96	100																		
9																									
10	36	92	92	9	133/95	80	96		100		20														
11																									
12	36	122	96	10	133/95	80	96																		
13									130		20														
SOMA PARCIAL									ENTRADAS 40				SAÍDAS 350												
14	36	96	96	24	138/90	80	96																		
15																									
16	33	92	92	10	141/97	92	96		100		20														
17																									
18	39	92	92	9	132/91	86	100	118																	
19																									
SOMA PARCIAL									ENTRADAS 544,4				SAÍDAS 300												
20	46	86	86	11	131/90	86	94																		
21																									
22	310	16	16	24	131/80	100	99																		
23																									
24	46	85	85	28	132/85	100	97	105																	
SOMA PARCIAL									ENTRADAS 159,9				SAÍDAS 500												
1																									
2	37	95	95	06	140/91	108	99																		
3																									
4	313	65	65	20	130/75	92	97																		
5																									
6	374	89	89	22	129/85	100	99	101																	
SOMA PARCIAL									ENTRADAS 394,2				SAÍDAS 350												
SOMA TOTAL									ENTRADAS 1412,8				SAÍDAS 1400												

Guerrilho Para Jandim Alvor

ENTRADA 20

VIRE (ATRAS FOLHA DE CUIDANDO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

GENE SEGURADORA S.A.
Rua Cosmo de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina, PI


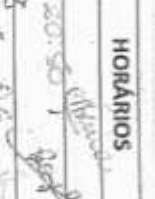

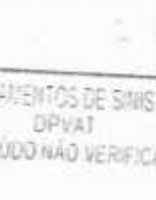
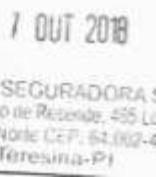
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ - SESAPI
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES / FLORIANO-PI
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

L 120

PRESCRIÇÃO MÉDICA

UTI

1

NOME DO PACIENTE		IDADE	UTI/LEITO
JAMES DUARTE DAMASCENO		21	127
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA			
D6 UTI			
TCE GRAVE(ACIDENTE MOTOCICLISTICO) + 57ª DPO DRENAGEM HEMATOMA EXTRADURAL			
PCT GRAVE + SEM SEDAÇÃO + SEM DVA +EXTUBAÇÃO (14/09/17) + HB 9,9 + HT 29,4 + LEUCO 16300 + PLAQ 225000 + UR 35 + CPK 561 + CR 0,78+ K 4,0+ NA 139 +			
DIURSE: ESPONTANEA			
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	
16/09/2017	01- DIETA POR SOG 100ML 3/3H		
	02- SORO FISIOLÓGICO 1000ML EV 24HS		
	GLICOSE 50%----- 30ML/SORO		
	03- RANITIDINA 50MG EV 12/12H		
D4	04- CEFTRIAXONE- 01 G+AD, EV, 12/12 HS.		
	05- CLINDAMICINA- 600MG+100ML-SF0,9%, EV, 6/6 HS		
	06- FENTONINA 100MG EV 8/8H		
	07- DIPIRONA- 02ML+AD, EV, ACM		
	08- BROMOPRIDA- 01 AMP+AD, EV, ACM.		
	09- SEDAÇÃO, EV, BIC, EV LENTO		
	FENTANIL-----20ML		
	MIDAZOLAM---30ML		
	SF 0,9%-----200ML		
	10- NEBULIZAÇÃO: 4/4 HS		
	ATROVENT-----30GTS		
	SF 0,9%----- 05ML		
	11- INSULINA REGULAR CONFORME HGT:		
	<180-00 201-250-04U 301-350-08U		
	181-200-02U 251-300-06U >351-10U		
	12- GLICOSE 50% 04 AMPOLAS EV SE GLIC<80MG/DL		
	13- DVA, EV, BIC, ACM		
	NORADRENALINA-----16ML		
	SG 5%-----234ML		
	14- MORFINA 1ML + AD 9ML FAZER 2ML, EV, ACM		
	15- HALDOL 1ML IM ACM		
	16- ANLIDIPINO 10-01 COMP, SNE, SE PAID>100 OU PAS>160		

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Rezende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.062-470
Teresina-PI

DEFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO/HIGIENE INTIMA/VESTIR-SE	<input type="checkbox"/> Orientar/colocar itens pessoais desalinhados a cabeceira do leito ou banheiro <input type="checkbox"/> Realizar/auxiliar, banho no leito <u>1</u> vez/dia <input type="checkbox"/> Orientar/auxiliar banho de aspersão <u>2</u> vez/dia <input type="checkbox"/> Monitorar a integridade da pele <u>2</u> <input type="checkbox"/> Realizar/auxiliar a higiene íntima <u>2</u> <input type="checkbox"/> Auxiliar/orientar o paciente a vestir-se <u>2</u> <input type="checkbox"/> Orientar/auxiliar na higiene oral e ocular <u>2</u> <input type="checkbox"/> Examinar a pele e as mucosas quanto a vermelhidão, calor exagerado, edema e desconforto <input type="checkbox"/> Observar extremidades quanto a cor, calor, inchaço, pulso, textura, estria, e ulcerações <u>1</u> <input type="checkbox"/> Providenciar colchão de ar sobreposto <input type="checkbox"/> Realizar/auxiliar mudança de decúbito de <u>1</u> hora <input type="checkbox"/> Manter contato sobre proeminências ósseas <input type="checkbox"/> Inspeccionar, limpar e hidratar diariamente a pele e protegê-la da umidade <input type="checkbox"/> Não massagear áreas hiperemáticas <input type="checkbox"/> Trocar lençóis sempre S/N e mantê-los limpos e esticados <input type="checkbox"/> Uso de superfícies de apoio para a prevenção de LPP nos Calcaneos: - Reposicionamento na posição a 30º	RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> Confirmar posicionamento da SNG <input checked="" type="checkbox"/> Aspirar VRS antes de cada dieta ou medicação <input type="checkbox"/> Administrar 20-40ml de água após as dietas <input type="checkbox"/> Aspirar cavidade orofaríngea S/N <input type="checkbox"/> Trocar frasco da SNG aberta a cada <u>1</u> <input type="checkbox"/> Manter CABECERA ELEVADA A <u>30º</u> <input checked="" type="checkbox"/> verificar e anotar SSV <u>2</u> <input type="checkbox"/> Trocar fixação da SNG/TOT/TOT S/N <input checked="" type="checkbox"/> Medir e anotar: Debito urinário <u>212</u> Volume de drenagem <u>212</u> <input type="checkbox"/> Realizar rodízio do local de aferição de oximetria <input type="checkbox"/> Trocar e anotar sêto d'água <input type="checkbox"/> Manter cabeceira elevada a <u>30º</u>
RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO	PERCEÇÃO SENSORIAL 1- totalmente intacta 2- muito limitada 3- parcialmente limitada 4- totalmente limitada 5- não avaliável	UTILIZAÇÃO 1- completamente intacta 2- muito limitada 3- parcialmente limitada 4- totalmente limitada 5- não avaliável	NUTRIÇÃO 1- muito pobre 2- moderadamente inadequada 3- adequada 4- excelente
() PELE ÍNTEGRA NA ADMISSÃO	RISCO DE QUEDA		
() MESMO PRESENTE NA ADMISSÃO	ATIVIDADE 1- acamado 2- confinado e sedado 3- anda ocasionalmente 4- anda frequentemente	MOBILIDADE 1- totalmente imóvel 2- bastante limitada 3- parcialmente limitada 4- nenhuma limitação	PERICULO E CUIDADO 1- problema - 2- problema em parte 3- nenhuma problema
() RISCO ALTO (0 A 12 PONTOS) (X) RISCO MODERADO (13 A 14 PONTOS) () RISCO BAIXO (>15)	() RISCO ALTO (0 A 12 PONTOS) (X) RISCO MODERADO (13 A 14 PONTOS) () RISCO BAIXO (>15)		
TOTAL: <u>13</u>			

ASSINATURA DO ENFERMEIRO:

 Rivaldo Pass Landim Alves
 ENFERMEIRO
 CON-EN-P: 515.238

COREN:

 Rivaldo Pass Landim Alves
 ENFERMEIRO
 CON-EN-P: 515.238

 DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 17 OUT 2018
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.012-470
 Teresina-PI



Paciente JAMES DUARTE DAMASCENO

Médico Dr(a) Érico B. Sena

Convênio HOSPITAL TIBERIO NUNES

Procedência: Unidade Matriz

Idade 21 Anos

Data Req. 17/09/2017

Data Emissão: 17/09/2017



00041328

Uréia

Material: Soro

Método: Enzimático Colorimétrico

Resultado: 40,40 mg/dL



Valores de Referência:

10,0 a 45,0 mg/dL

Creatinina

Material: Soro

Método: Enzimático Colorimétrico

Resultado: 0,84 mg/dL



Valores de Referência:

0,40 a 1,30 mg/dL

Nota: A elevação das cetonas e certos antibióticos do grupo das cefalosporinas podem produzir elevações falsas da creatinina no soro ou na urina.

Certos medicamentos (cimetidina, probenecida, trimetoprim) interferem na secreção tubular da creatinina, aumentando o nível sérico desta e reduzindo sua depuração.

Resultados Anteriores:

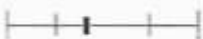
0,94 0,78 1,13
18/09/2017 15/09/2017 14/09/2017

Potássio

Material: Sangue

Método: Eletrodo Seletivo Automatizado

Resultado: 4,3 mEq/L



Valores de Referência:

3,7 a 5,1 mEq/L

Resultados Anteriores:

4,2 4,0 4,2 4,1 4,3
15/09/2017 15/09/2017 14/09/2017 13/09/2017 12/09/2017

Sódio

Material: Sangue

Método: Eletrodo Seletivo Automatizado

Resultado: 136,0 mEq/L



Valores de Referência:

135,0 a 144,0 mEq/L

Resultados Anteriores:

138,0 139,0 139,0 137,0 136,0
15/09/2017 15/09/2017 14/09/2017 13/09/2017 12/09/2017

Dr. Roberto Moysinho
CREP 0676

Página: 1 de 1

Os valores dos testes laboratoriais sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, regimes alimentares, tempo de jejum, etc. Somente seu médico deve interpretar este resultado.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 42.000-000

Examen: E0112678



INTERNADO

Coletado:

Data: 17/09/2017

Paciente: JAMES DUARTE DAMASCENO

Médico(a): ÉRICO B. SENA

Invenção: SUS

Leito: 0127 Enfermaria: 36

Sexo: MASCULINO

Idade: 21 ANOS, 10 MESES, 2 DIAS

Impresso: 17/09/2017

MOGRAMA

Anal:

odo:

MOGRAMA

TRÓCITOS 3,59 milhões/mm³

GLOBINA 10,4 g%

MATÓCRITO 30,5 %

CM 84,96 u³

CM 28,97 pg

HCM 34,10 %

SERVAÇÕES

4,5 a 5,9 milhões/mm³

12,0 a 17,5 g%

40 a 52 %

80 a 100 U³

26 a 34 pg

31 a 36 %

MOGRAMA

TRÓCITOS 14.900 mm³

ELÓCITOS 0 %

TAMIELÓCITOS 0 %

STONETES 3 %

GMENTADOS 86 %

SÓFILOS 0 %

SINÓFILOS 1 %

FÓCITOS 9 %

ONÓCITOS 1 %

FÓCITOS ATÍPICOS 0 %

ONTAGEM GERAL 100,00

LAQUETAS 276.000 /mm³4.500 a 11.000 /mm³0 a 1 % Até 100 /mm³0 a 4 % Até 400 /mm³36 a 66 % 2000 a 7500 /mm³0 a 1 % Até 100 /mm³0 a 4 % 100 a 400 /mm³20 a 40 % 900 a 4400 /mm³2 a 8 % 200 a 800 /mm³

100%

150.000 a 400.000 /µL

BSERVAÇÕES

RITRÓCITOS

OBSERVAÇÃO GERAL: HEMACIAS HIPOCRÓMICAS-LEUCOCITOSE COM NEUTROCITOSE.

CRF: 270-M

O laboratório realiza diariamente teste de controle de qualidade antes das realizações dos exames. Hematologia (Advis E)



Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"
Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323
Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

Nome: JAMES DUARTE DAMASCENO

End.: UTI

Leito 127

Data: 17/09/17

EVOLUÇÃO MULTI PROFISSIONAL

15:00h Exame no 7º dia em UTI, F- DPO de hematoma extra-
dural, por TCE grave por acidente motociclistas conserto,
na face, intáxia, com DVA, hemorragia cerebral, entre
por SVD, sangue por SVD com dentes amarelos claros.
Sua vigilância e cuidados de enfermagem Paulo de Al5
na UTI, aguarda vaga na ala 'C'.

18:15h Paulo examinado por Ala C. com sangra-
to de novo.

18:20h, paciente elenar, regulado (diga) no F- DPO de
hematoma extradural, por TCE grave por acidente motociclistas,
após sua cirurgia, algo desorientado, com boa evolução da dieta
na liquida pastosa, apresenta hematoma em olho (D), pele íntegra,
em teste SVD punçante. Visto da UTI, o médico não está
para o momento clínico.

Ass: Eliana C. Carvalho
Enfermeira
COREN-PI: 275524

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Azevedo, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ - SESAPI
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES - HRTN
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - UTI

Evolução médica

Nome: Leandro Mendes Damasceno
Data: 22/08/18 Leito: 127 Idade: 21 DIHHospitalar: 0 DIHUTI: 7

Problemas clínicos: TEG por (cardite miocárdica)
2º DO doença cardíaca estrutural

AVC1: D () AVC2: D () TOT: D () TQT: D ()
TB1: Albúmina (DO 5 -D) ATB3: (DO -D)
ATB2: Albumina (DO 5 -D) ATB4: (DO -D)
Sedação: () Midazolam () Fentanil () X Sem sedação
DVA: () Noradrenalina () Dobutamina () Nipride () Tridil () X Sem DVA

Dados da enfermagem:

PA: () ↓ () ↑ X Estável; FC: () ↓ () ↑ X Estável; Glicemia: () ↓ () ↑ X Estável;
Distúrbios: () Sem distúrbios: () Febre; X Subfebril; () Hipotermia.
Balanço: Diurese: 1700 ml; Diálise: ml; SNG: ml; Drenos: ml; ΔHídrico: 27,2 ml

Dados clínicos: Paciente acordado, paciente ativo, dorme em uma cama.

Despertar diário: () Sim; () Não; X Não se aplica. Glasgow: 4 + 5 + 6 = 15 RASS:
Neurológico: X Pupilas reagentes, isocóricas; () pupilas anisocóricas, F7D, FTR
Cardiovascular: X RCR em 2T, BNF SS; ()
FC: 76 bpm PA: mmHg PAM: mmHg Sto2: 98 %
Ventilação: X Espontâneo; () Cateter nasal; () Venturi; () VNI; VM: () PS; () PCV; () VCV PEEP: FIO2:
Respiração: X MV + AHT, sem RA; ()
Abdome: X Depressível, sem VMG, RHA, +; ()
Extremidades: frías, bem perfundidas em sede

Conduta: alta da UTI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Figueiredo, 485 Loja C
Centro - Fátima CEP: 64.002-470
Teresina - PI

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ - SESAPI
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES / FLORIANO-PI
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

L. 120

PRESCRIÇÃO MÉDICA

UTI

NOME DO PACIENTE: JAMES DUARTE DAMASCENO IDADE: 21 UTI/LEITO: 127

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

D7 UTI

TCE GRAVE (ACIDENTE MOTOCICLISTA) + 7º DPO DRENAGEM HEMATOMA EXTRADURAL

PCT GRAVE + SEM SEDAÇÃO + SEM DVA + EXTUBAÇÃO (14/09/17) + HB 10,2 + HT 29,9 + LEUCO 14100 + PLAQ 239000 + UR 33 + CR 0,94 + K 4,2 + NA 138 + DIURESE:

ESPONTÂNEA

DATA/HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS
17/09/2017	01- DIETA VIA ORAL LÍQUIDA PASTOSA	
	02- SORO FISIOLÓGICO 1000ML EV 24HS	
	03- RANITIDINA 50MG EV 12/12H	
D5	04- CEFTRIAXONE- 01 G+AD. EV. 12/12 HS	
	05- CLINDAMICINA- 600MG+100ML-SF 0,9% EV. 6/6 HS	
	06- FENTONIA 100MG EV 8/8H	
	07- DIPIRONA- 01 AMP+AD. EV. ACM	
	08- BROMOPRIDA- 01 AMP+AD. EV. ACM	
	09- SEDAÇÃO EV. BIC. EV. ACM FENTANIL- 20ML MIDAZOLAM- 30ML SF 0,9% - 200ML	
	10- NEBULIZAÇÃO: 4/4 HS ATROVENT- 30GTS SF 0,9% - 05ML	
	11- INSULINA REGULAR CONFORME HGT: <180-00 201-250-04U 301-350-08U 181-200-02U 251-300-06U >351-10U	
	12- GLICOSE 50% 04 AMPOLAS EV SE GLIC<80MG/DL	
	13- DVA. EV. BIC. ACM NORADRENALINA- 16ML SG 5% - 234ML	
	14- MORFINA 1ML + AD 9ML FAZER 2ML EV. ACM	
	15- HALDOL 1ML IM ACM	
	16- ANLIDIPINO 10-01 COMP. VO, SE PAD>100 OU PAS>160	

Vine

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

L. 120

2

17-GICEMIA CAPILAR 8/8 HS	
17-FISIOTERAPIA M/R	
18-FLEET ENEMA ACM	
18-Adm de UTS	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Lote C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PI
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES/ FLORIANO-PI
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

L 120

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1

NOME DO PACIENTE JAMES DUARTE DAMASCENO		IDADE 21	UTI/LEITO 21/146
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA D7 UTI			
1º DIH - ENFERMARIA TCE GRAVE(ACIDENTE MOTOCICLISTICO) + 2º DPO DRENAGEM HEMATOMA EXTRADURAL PCT GRAVE + SEM SEDAÇÃO + SEM DVA +EXTUBAÇÃO (14/09/17).			
DATA/HORA 18/09/2017	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	
	01- DIETA VIA ORAL LÍQUIDA PASTOSA		
	02- SORO FISIOLÓGICO 1000ML EV 24HS		
	03- RANITIDINA 50MG EV 12/12H		
	04- CEFTRIAXONE- 01 G+AD, EV, 12/12 HS		
	05- CLINDAMICINA- 600MG+100ML-SF0,9%, EV, 6/6 HS		
	06- FENTOINA 100MG EV 8/8H		
	07- DIPIRONA- 01 AMP+AD, EV, ACM		
	08- BROMOPRIDA- 01 AMP+AD, EV, ACM		
	09- NEBULIZAÇÃO: 6/6 HS ATROVENT-----30GTS SF 0,9%-----05ML		
	10- ANLIDIPINO 10-01 COMP, VO, SE PAD>100 OU PAS>160		
	11- INSULINA REGULAR CONFORME HGT: <180-00 201-250-04U 301-350-08U 181-200-02U 251-300-06U >351-10U		
	12- GLICOSE 50% 04 AMPOLAS EV SE GLIC<80MG/DL		
	11- MORFINA 1ML + AD 9ML FAZER 2ML, EV, ACM		
	13- HALDOL 1ML IM ACM		
	14- GICEMIA CAPILAR 8/8 HS		
	15- FISIOTERAPIA M/R		
	16- FLEET ENEMA ACM		
	17- SSVV+CCGG		
	18-		

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUI
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 21/01/2018
ASSIN.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.062-470
Teresina-PI

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ - SESAPI
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES / FLORIANO-PI
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

L 120

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE JAMES DUARTE DAMASCENO		IDADE 21	UTI/LEITO 27-26
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA D7 UTI			
1º DIH - ENFERMARIA TCE GRAVE/ACIDENTE MOTOCICLISTICO) + 8º DPO DRENAGEM HEMATOMA EXTRADURAL PCT GRAVE + SEM SEDAÇÃO + SEM DVA + EXTUBAÇÃO (14/09/17).			
DATA/HORA 18/09/2017	PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS
	01- DIETA VIA ORAL LÍQUIDA PASTOSA		
	02- SORO FISIOLÓGICO 1000ML EV 24HS		
	03- RANITIDINA 50MG EV 12/12H		
	04- CEFTRIAXONE- 01 G+AD, EV, 12/12 HS		
	05- CLINDAMICINA- 600MG+100ML-SF0,9%, EV, 6/6 HS		
	06- FENTONINA 100MG EV 8/8H		
	07- DIPIRONA- 01 AMP+AD, EV, ACM		
	08- BROMOPRIDA- 01 AMP+AD, EV, ACM		
	09- NEBULIZAÇÃO: 6/6 HS ATROVENT-----30GTS SF 0,9%-----05ML		
	10- ANLÓDIPINO 10-01 COMP, VO, SE PAD>100 OU PAS>160		
	11- INSULINA REGULAR CONFORME HGT: <180-00 201-250-04U 301-350-08U 181-200-02U 251-300-06U >351-10U		
	12- GLICOSE 50% 04 AMPOLAS EV SE GLIC<80MG/DL		
	11- MORFINA 1ML + AD 9ML FAZER 2ML, EV, ACM		
	13- HALDOL 1ML IM ACM		
	14- GICEMIA CAPILAR 8/8 HS		
	15- FISIOTERAPIA M/R		
	16- FLEET ENEMA ACM		
	17- SSVV+CCGG		
	18-		

Dr. Daniel Faria e Silva

CRM-PI 6138

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUÍ
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 27/10/2018
ASSIN.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte Cx.P. 64.002-470
Teresina-PI

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ - SESAPI
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES / FLORIANO-PI
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

L 120

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1

NOME DO PACIENTE		IDADE		UTI/LEITO	
JAMES DUARTE DAMASCENO		21		027/176	
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA					
D7 UTI					
1ª DIH - ENFERMARIA					
TCE GRAVE/ACIDENTE MOTOCLÍSTICO) + 8º DPO DRENAGEM HEMATOMA EXTRADURAL					
PCT GRAVE + SEM SEDAÇÃO + SEM DVA					
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS			
20/09/2017	01- DIETA VIA ORAL LÍQUIDA PASTOSA	01- 12h via oral			
	02- SORO FISIOLÓGICO 1000ML EV 24HS	02- 12h via oral			
	03- RANITIDINA 50MG EV 12/12H	03- 12h via oral			
	04- CEFTRIAXONE- 01 G+AD. EV. 12/12 HS	04- 12h via oral			
	05- CLINDAMICINA- 600MG+100ML-SF0.9%, EV. 6/6 HS	05- 12h via oral			
	06- FENTONINA 100MG EV 8/8H	06- 12h via oral			
	07- DIPIRONA- 01 AMP+AD. EV. ACM	07- 12h via oral			
	08- BROMOPRIDA- 01 AMP+AD. EV. ACM	08- 12h via oral			
	09- NEBULIZAÇÃO: 6/6 HS ATROVENT 30GTS SF 0.9%----- 05ML	09- 12h via oral			
	10- ANIDOPINO 10-01 COMP, VO, SE PAD>100 OU PAS>160	10- 12h via oral			
	11- INSULINA REGULAR CONFORME HGT: <180-00 201-250-04U 301-350-08U 181-200-02U 251-300-06U >351-10U	11- 12h via oral			
	12- GLICOSE 50% 04 AMPOLAS EV SE GLIC<80MG/DL	12- 12h via oral			
	11- MORFINA 1ML + AD 9ML FAZER 2ML EV. ACM	11- 12h via oral			
	13- HALDOL 1ML IM ACM	13- 12h via oral			
	14- GICEMIA CAPILAR 8/8 HS	14- 12h via oral			
	15- FISIOTERAPIA M/R	15- 12h via oral			
	16- FLEET ENEMA ACM	16- 12h via oral			
	17- SSV+CCGG	17- 12h via oral			
	18- <i>Medicação para controle de convulsões</i>	18- 12h via oral			

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUÍ
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 01/10/2018
ASSINATURA

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



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

EVOLUÇÃO DE FISIOTERAPIA

DATA: 23/09/17 HORÁRIO: _____

Dr. Igor Klingner
FISIOTERAPEUTA
CREFITO-82155-F

DATA: 22/09/17 HORÁRIO: _____

Dr. Igor Klingner
FISIOTERAPEUTA
CREFITO-82155-F

DATA: 25/09/17 HORÁRIO: _____

Dr. Igor Klingner
FISIOTERAPEUTA
CREFITO-82155-F

DATA: 28/09/17 HORÁRIO: _____

Dr. Igor Klingner
FISIOTERAPEUTA
CREFITO-82155-F

DATA: ____/____/____ HORÁRIO: _____

DATA: ____/____/____ HORÁRIO: _____

DATA: ____/____/____ HORÁRIO: _____

DATA: ____/____/____ HORÁRIO: _____

03.02.02.001-2 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
03.02.01.002-5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
03.02.06.003-0 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
03.02.04.002-1 ☒ ☒ ☒ ☒ ☐ ☐ ☐ ☐

03.02.05.001-9 ☒ ☒ ☒ ☒ ☐ ☐ ☐ ☐
03.02.06.002-2 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
03.02.04.001-3 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
03.02.01.002-5 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323

Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

Nome: João Duarte

End: _____ Leito 07 / 76 Data: 01 / 09 / 17

EVOLUÇÃO MULTI PROFISSIONAL

Em 09.09.17, realizada cirurgia com incisão cirúrgica localizada no abdômen, a mesma apresenta causas traumáticas na utilização de arma, estado de consciência preservado, realizada limpeza com SF09 e drenagem com oxidação. Ind. 201. 1182. João Duarte

Carla Maria Lima de Sousa
Enfermeira
COREN-PI: 264.021

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

UTI/LEITO
7746

17 OCT 2013

GENTE SEGUADORA S.A.
Rua Coelho de Rezende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 54.002-470
Teresina-Pi

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA 2761
ASSIN 6

JAMES DUARTE DAMASCENO		IDADE	UTI/LEITO
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA		21	22/1/16
TCE GRAVE(ACIDENTE MOTOCICLISTICO) + 8º DPO DRENAGEM HEMATOMA EXTRADURAL			
RELATO DE INSTABILIDADE E DOR NO PESCOÇO-SOLICITADO TC COLUMNA CERVICAL			
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	
22/09/2017	01- DIETA VIA ORAL LÍQUIDA, PASTOSA	08:00-12:00	
	02- SORO FISIOLÓGICO 500ML EV 24HS	08:00-12:00	
	03- RANITIDINA 50MG EV 12/12H	08:00-12:00	
	04- CEFTRIAXONE- 01 G+AD, EV, 12/12	08:00-12:00	
D10/D10	05- CLINDAMICINA- 600MG+100ML-SF 0,9%, EV, 6/6 HS	08:00-12:00	
	06- DIPIRONA- 01 AMP+AD, EV, 6/6 HS, SE DOR OU FEBRE	08:00-12:00	
	07- BROMOPRIDA- 01 AMP+AD, EV, 8/8 HS, SE VÔMITOS	08:00-12:00	
	08- FENTONINA- 02ML+18ML-AD, EV, 12/12 HS	08:00-12:00	
	09- ANIDIPINO 10-01 COMP, VO, SE PAD>100 OU PAS>160	08:00-12:00	
	10- INSULINA REGULAR CONFORME HGT: <180-00 201-250-04U 301-350-08U 181-200-02U 251-300-06U >351-10U	08:00-12:00	
	11- GLICOSE 50% 04 AMPOLAS EV SE GLIC<80MG/DL	08:00-12:00	
	12- MORFINA 1ML + AD 9ML FAZER 2ML, EV, ACM	08:00-12:00	
	13- HALDOL 1ML IM ACM	08:00-12:00	
	14- GICEMIA CAPILAR 8/8 HS	08:00-12:00	
	15- FISIOTERAPIA M/R	08:00-12:00	
	17-SSVV+CCGG	08:00-12:00	

SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DO PIAUI

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES/ FLORIANO- PIAUI

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CLINICA MÉDICA

NOME DO PACIENTE

JAMES DUARTE DAMASCENO

PRONTUÁRIO

CLINICA

ENF. OU APT

27

LEITO

76

MÉDICO ASSISTENTE

DESTATAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 225 Loja C
Centro - Floriano CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES
FLORIANO - PIAUI

CONFERE COMO ORIGINAL

DATA 20/10/2018

ASSIN.

01- LÍQUIDA 500ML, LÍQUIDA-PASTOSA				
02- JELCO SALINIZADO				
03- RANITIDINA 50MG EV 12/12 HS				
04- CLINDAMICINA- 600MG+100ML-SF 0,9%, EV, 6/6 HS (500mg)				
05- DIFPIRONA- 01 AMP+AD, EV, 6/6 HS, SE DOR OU FEBRE				
06- BROMOPRIDA- 01 AMP+AD, EV, 6/6 HS, SE VÔMITOS				
07- FENTONINA- 02ML+18ML-AD, EV, 12/12 HS				
08- ANLIDIPINO 10-01 COMP, VO, SE PAD>100 OU PAS>160			18	06
09- INSULINA REGULAR CONFORME HGT: <180-00 201-250-04U 301-350-08U 181-200-02U 251-300-06U >351-10U				
10- GLICOSE 50% 04 AMPOLAS EV SE GLIC<80MG/DL				
11- MORFINA 1ML + AD 9ML, FAZER 2,5ML, EV, ACM				
12- HALDOL 1ML IM ACM				
13- GICEMIA CAPILAR 8/8 HS			14	22
14- FISIOTERAPIA M/R				06
17- SSVV+CCGG				
18- 12:30h -				

RELAÇÃO DE EXAMES
EXAMES
20/10/2018

Hospital Regional "Tibério Nunes"
 Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323
 Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

End.: _____ Leito 27 AC Data: 24/09/17

15 14h aptt values, convicite, pouco desm
tado, pouco comunicativo, encurtado, a fibul
sem queixas agudas, PA = 60x70 mmHg, P = 74 bpm
ABT = 84 mg/dl



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ - SESAPI
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES / FLORIANO-PI
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

L 120

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1

NOME DO PACIENTE JAMES DUARTE DAMASCENO	IDADE 21	UTI/LEITO 24/76
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA TCE GRAVE(ACIDENTE MOTOCLÍSTICO) + 11º DPO DRENAGEM HEMATOMA EXTRADURAL RELATO DE INSTABILIDADE E DOR NO PESCOÇO-AGUARDA LAUDO TC COLUNA CERVICAL		
DATA/HORA 24/09/2017	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS
01- DIETA VIA ORAL, LIQUIDA-PASTOSA		
02- JELCO SALINIZADO		
03- RANITIDINA 50MG EV 12/12H		
04- CLINDAMICINA- 600MG+100ML-SF 0,9%, EV, 6/6 HS		
05- DIFENIDRAMINA- 01 AMP+AD, EV, 6/6 HS, SE DOR OU FEBRE		
06- BROMOPRIDA- 01 AMP+AD, EV, 8/8 HS, SE VÔMITOS		
07- FENTONINA- 02ML+18ML-AD, EV, 12/12 HS		
08- ANLIDIPINO 10-01 COMP, VO, SE PAD>100 OU PAS>160		
09- INSULINA REGULAR CONFORME HGT: <180-00 201-250-04U 301-350-08U 181-200-02U 251-300-06U >351-10U		
10- GLICOSE 50% 04 AMPOLAS EV SE GLIC<80MG/DL		
11- MORFINA 1ML + AD 9ML FAZER 2ML, EV, ACM		
12- HALDOL 1ML IM ACM		
13- GICEMIA CAPILAR 8/8 HS		
14- FISIOTERAPIA M/R		
17- SSVV+CCGG		

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUÍ
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 25/09/2017
ASSIN.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 825 Loja C
Centro-Novo CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"

Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323

Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha

Nome: Gomes Duarte Damasceno

End.: _____ Leito 27/76 Data: 25/09/17

EVOLUÇÃO MULTI PROFISSIONAL

13h P.A = 110 x 70 mmHg
As 14:00 hrs 110T 124 mg/dl, glucose 100
Em 25.04.12 a 20:15h re 110/70 mmHg 2. 2200m
110T 96 mg/dl 0.2 6:00m 110T 92 mg/dl 0.2 2200m

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

17 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Rosende, 255 Laje C
Centro-Norte CxP. 84.002-470
Teresina-PI

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ - SESAPI
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES/ FLORIANO-PI
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

L. 120

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE JAMES DUARTE DAMASCENO		IDADE 21	UTI/LETO 27/176
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA TCE GRAVE(ACIDENTE MOTOCICLISTICO) + 12º DPO DRENAGEM HEMATOMA EXTRADURAL RELATO DE INSTABILIDADE E DOR NO PESCOÇO- AGUARDA LAUDO TC COLUMA CERVICAL			
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS	
DATA/HORA 25/09/2017	01- DIETA VIA ORAL, LÍQUIDA-PASTOSA		
	02- JELCO SALINIZADO		
	03- RANITIDINA 50MG EV 12/12H		
	04- CLINDAMICINA- 600MG+100ML-SF 0,9%, EV, 6/6 HS		
	05- DIPIRONA- 01 AMP+AD, EV, 6/6 HS, SE DOR OU FEBRE		
	06- BROMOPRIDA- 01 AMP+AD, EV, 8/8 HS, SE VÔMITOS		
	07- FENITOINA- 02ML+18ML-AD, EV, 12/12 HS		
	08- ANLIDIPINO 10-01 COMP, VO, SE PAD>100 OU PAS>160		
	09- INSULINA REGULAR CONFORME HGT: <180-00 201-250-04U 301-350-08U 181-200-02U 251-300-06U >351-10U		
	10- GLICOSE 50% 04 AMPOLAS EV SE GLIC<80MG/DL		
	11- MORFINA 1ML + AD 9ML FAZER 2ML, EV, ACM		
	12- HALDOL 1ML IM ACM		
	13- GICEMIA CAPILAR 8/8 HS		
	14- FISIOTERAPIA M/R		
	17-SSV+CCGG		

Assinatura do Médico
Mônica
CRM-PI 0550

Dr. Igor Klinger
FISIOTERAPEUTA
CREFITO-32185-P

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUÍ
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 25/10/2018
ASSIN. [Assinatura]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Lapa C
Centro-Norte CEP: 64.102-470
Teresina-Pi

SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DO PIAUI

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES/ FLORIANO- PIAUI

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CLÍNICA MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU APT	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
JAMES DUARTE DAMASCENO			27	76	
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA					
TCE GRAVE(ACIDENTE MOTOCICLISTICO) + 12º DPO DRENAGEM HEMATOMA EXTRADURAL					
RELATO DE INSTABILIDADE E DOR NO PESCOÇO-					
AGUARDA LAUDO TC COLUNA CERVICAL					
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
26/09/2017	01- DIETA VIA ORAL, LÍQUIDA-PASTOSA		ENF. OU APT	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
	02- JELCO SALINIZADO		27	76	
	03- RANITIDINA 50MG EV 12/12H				
	04- CLINDAMICINA- 600MG+100ML-SF 0.9%, EV, 6/6 HS				
	05- DIFIRONA- 01 AMP+AD, EV, 6/6 HS, SE DOR OU FEBRE //				
	06- BROMOPRIDA- 01 AMP+AD, EV, 8/8 HS, SE VÔMITOS //				
	07- FENITOINA- 02ML+18ML-AD, EV, 12/12 HS				
	08- ANLIDIPINO 10-01 COMP, VO, SE PAD>100 OU PAS>160 //				
	09- INSULINA REGULAR CONFORME HGT: <180-00 201-250-04U 301-350-08U 181-200-02U 251-300-06U >351-10U				
	10- GLICOSE 50% 04 AMPOLAS EV SE GLIC<80MG/DL //				
	11- MORFINA 1ML + AD 9ML FAZER 2ML, EV, ACM //				
	12- HALDOL 1ML IM ACM //				
	13- GICEMIA CAPILAR 8/8 HS				
	14- FISIOTERAPIA M/R				
	17- SSVV+CCGG				

Assinatura do Médico
Flávia de Sousa
Médico Assistente

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES
FLORIANO - PIAUI
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 21.09.2017
ASSIN. [Assinatura]

DEPARTAMENTOS DE SOBRITOS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coentro de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.102-470
Teresina-PI

SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DO PIAUI

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES/ FLORIANO- PIAUI

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CLINICA MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO		CLINICA		ENF. OU APT		LEITO		MÉDICO ASSISTENTE	
JAMES DUARTE DAMASCENO						27		76			
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA				QUANT		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM					
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA											
TCE GRAVE(ACIDENTE MOTOCICLISTICO) + 12º DPO DRENAGEM HEMATOMA EXTRADURAL											
RELATO DE INSTABILIDADE E DOR NO PESCOÇO-											
AGUARDA LAUDO TC COLUNA CERVICAL											
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES					
27/09/2017	01- DIETA VIA ORAL, LÍQUIDA-PASTOSA										
	02- JELCO SALINIZADO										
	03- RANITIDINA 50MG EV 12/12H										
	04- CLINDAMICINA- 600MG+100ML-SF 0,9%, EV, 8/8 HS										
	05- DIFPIRONA- 01 AMP+AD, EV, 8/8 HS, SE DOR OU FEBRE										
	06- BROMOPRIDA- 01 AMP+AD, EV, 8/8 HS, SE VÔMITOS										
	07- FENITOINA- 02ML+18ML-AD, EV, 12/12 HS										
	08- ANLIDIPINO 10-01 COMP, VO, SE PAD>100 OU PAS>160										
	09- INSULINA REGULAR CONFORME HGT: <180-00 201-250-04U 301-350-08U										
	181-200-02U 251-300-06U >351-10U										
	10- GLICOSE 50% 04 AMPOLAS EV SE GLIC<80MG/DL										
	11- MORFINA 1ML + AD 9ML, FAZER 2ML, EV, ACM										
	12- HALDOL 1ML IM ACM										
	13- GICEMIA CAPILAR 8/8 HS										
	14- FISIOTERAPIA M/R										
	17- SSV+CCGG										
	18- Retirar pontos de sutura										

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES
FLORIANO - PIAUI
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 25/09/2017
ASSIN.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 405 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.012-470
Teresina-PI

SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DO PIAUI

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES/ FLORIANO- PIAUI

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CLÍNICA MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU APT	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
JAMES DUARTE DAMASCENO				27	76	
HISTÓRIE DIAGNÓSTICA			QUANT	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
TCE GRAVE(ACIDENTE MOTOCICLISTICO) + 12º DPO DRENAGEM HEMATOMA EXTRADURAL RELATO DE INSTABILIDADE E DOR NO PESCOÇO. AGUARDA LAUDO TC COLUNA CERVICAL DISCUTIR COM A NEURO INTRODUÇÃO DE TROMBOPROFILAXIA						
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA		OBSERVAÇÕES			
28/09/2017	01- DIETA VIA ORAL, LÍQUIDA-PASTOSA		HORÁRIOS			
	02- JELCO SALINIZADO					
	03- RANITIDINA 50MG EV 12/12 HS					
	04- CLINDAMICINA- 600MG+100ML-SF 0,9%, EV, 6/6 HS					
	05- DIFIRONA- 01 AMP+AD, EV, 6/6 HS, SE DOR OU FEBRE					
	06- BROMOPRIDA- 01 AMP+AD, EV, 8/8 HS, SE VÔMITOS					
	07- FENITOINA- 02ML+18ML-AD, EV, 12/12 HS					
	08- ANLIDIPINO 10-01 COMP, VO, SE PAD>100 OU PAS>160					
	09- INSULINA REGULAR CONFORME HGT: <180-00 201-250-04U 301-350-08U 181-200-02U 251-300-06U >351-10U					
	10- GLICOSE 50% 04 AMPOLAS EV SE GLUC<80MG/DL					
	11- MORFINA 1ML + AD 9ML, FAZER 2,5ML, EV, ACM //					
	12- HALDOL 1ML IM ACM //					
	13- GICEMIA CAPILAR 8/8 HS					
	14- FISIOTERAPIA M/R					
	17- SSVV+CCGG					

Dr. Igor Klingner
FISIOTERAPEUTA
CREITO-02188-FDr. Fernando Fonseca
MÉDICO
CRM 19077-SP-18846-07HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES
FLORIANO - PIAUI
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 25/01/2018
ASSIN. DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Centro de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.022-470
Teresina-PI

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"
Telefone: 0xx89 3522-1333 Telefax: 0xx89 3522-1323
Praça Idelfonso Ramos, S/N Bairro Manguinha.

Nome: João Duarte Damasceno

End.: _____ Leito 23126 Data: 28/9/17

EVOLUÇÃO MULTI PROFISSIONAL

Em 28/9/17 às 22:00h, adulto masculino, caucasiano, deambulando auxiliado da Enfermeira, em APF, MSU, sem incontinências, eliminação urinária presente de cor amarelo claro, digestão presente (SGC), ao exame físico, mucosas úmidas presentes, bulhas cardíacas ritmadas ritmadas em dois tempos. A 22:30h, respirado 20x, PA = 130x60 mmHg, P = 69 bpm, R = 20 comp, TAX = 36.4%.

Suzana de Souza Sena
ACD-BR-PA117
14101034

João Pereira da Silva
COREN-PI 256.347
Enfermeiro

DEPARTAMENTO DE SIGTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

GENTE SEGUROORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 425 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



POLEGRAFIA

James Duarte Damasceno

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

0067229

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

3.811.919

DATA DE
EXPIRAÇÃO

01/10/12

NOME

JAMES DUARTE DAMASCENO

LOCAL

JOCIE NE DUARTE DAMASCENO

NATURALIDADE

TERESINA-PI

DATA DE NASCIMENTO

08/11/1995

DIG. CIVIL

EXP. NÚCLEO

65389 L 106 F 92

CPF

EXP. NÚCLEO

24/08/99

TELEFONE - IN

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.113 DE 2008/83 - DECRETO Nº 89.250/03

Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

628.487.743-98

Nome

JAMES DUARTE DAMASCENO

Nascimento

08/11/1995

CÓDIGO DE CONTROLE

DCC1.1267.3863.FE08



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
as 09:41:46 do dia 22/11/2017 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR/UF
 195451 SSP PI

CPF
 077.532.253-91

DATA NASCIMENTO
 02/03/1954

FILIAÇÃO
 JOÃO ODORICO FERREIRA
 LUISA MARIA DA
 CONCEIÇÃO FERREIRA

PERMISSÃO
 AC

CAT. HAB.
 AC

N.º REGISTRO
 03326825915

VALIDADE
 10/12/2019

HABILITAÇÃO
 06/01/1981

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 FLORIANO

DATA DE EMISSÃO
 18/12/2014

ASSINATURA DO EMISSOR
 SAN MARTIN COQUEIRO LINHARES
 DIRETOR-GERAL DO DETRAN-PI

55065857216
 PI314035559

DETRAN-PI (PIAUÍ)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1012642520

PROIBIDO PLASTIFICAR

1012642520

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 17 OUT 2018
 COMPANHIA SEGUROADORA S.A.
 Caixa de Registro - 650 Loja C
 Av. Norte 1271 - 65000-000
 Teresina - PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 902004 568346 Nº 011715853053
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 1 COPIA DE MANEIRA 1035264363 EXERCÍCIO 2015

ADELMAR ALMEIDA DE MIRANDA

88856313391 PLACA PIQ-8190

CHASSI 9C6KE1950F0043080

PAS/MOTOCICLO/NEVEJA GASOLINA

YAMAHA/YBR125 FACTOR K1 2014 2015

002P/124CC CATEGORIA PARTIC BRANCA

1º IPVA 2º PAGO 3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) 10F (R\$) 14,33 143,36
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 1,10 292,01
CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,36

A/FIDOCUM BANCO PAN S/A OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

TERESINA 2/12/2015

WAGNER MARTINS SO REGISTRO
DIRETOR GERAL DE DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS POR SOBRAS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PI Nº 011715853053 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 2/12/2015

PLACA PIQ-8190

YAMAHA/YBR125 FACTOR K1

9C6KE1950F0043080

PREMIO TARIFARIO

CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,36

10F A SEGURO MICROSEGURO (R\$) 292,01

DATA DE COTAÇÃO 19/10/2015

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.248.898/0001-04
www.seguradoralider.com.br

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

17 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180488644 **Cidade:** Florianó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAMES DUARTE DAMASCENO **Data do acidente:** 10/09/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM TRAUMA DE FACE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: 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.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180488644 **Cidade:** Florianópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAMES DUARTE DAMASCENO **Data do acidente:** 10/09/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM TRAUMA DE FACE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: 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.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180488644

Cidade: Floriano

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JAMES DUARTE DAMASCENO

Data do acidente: 10/09/2017

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO, COM HEMATOMA EXTRADURAL.

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA NO MOMENTO NO EXAME FÍSICO, QUADRO CLÍNICO DE VERTIGEM, COM O EXAME DE ROMBERG POSITIVO.

Resultados terapêuticos: APRESENTA COMO RESULTADOS, QUADRO CLÍNICO DE VERTIGEM.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 15/01/2019

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Mauro Ricardo Ramos Bilibio

CRM do médico: 4606

UF do CRM do médico: PI

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
Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180488644

Cidade: Floriano

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JAMES DUARTE DAMASCENO

Data do acidente: 10/09/2017

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO, COM HEMATOMA EXTRADURAL.

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA NO MOMENTO NO EXAME FÍSICO, QUADRO CLÍNICO DE VERTIGEM, COM O EXAME DE ROMBERG POSITIVO.

Resultados terapêuticos: APRESENTA COMO RESULTADOS, QUADRO CLÍNICO DE VERTIGEM.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 15/01/2019

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Mauro Ricardo Ramos Bilibio

CRM do médico: 4606

UF do CRM do médico: PI

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
Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: JAMES DUARTE DAMASCENO

Nacionalidade: BRASILEIRO

Identidade: 3.811.919-PI

CPF: 628.487.743-98

Endereço: RUA JOSÉ ARAÚJO BARBOSA, Nº S/N, JERUMENHA-PI

PROCURADOR:

Nome: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Nacionalidade: BRASILEIRO

Est. Civil: CASADO

Identidade: 195451-PI

CPF: 077.532.253-91

Endereço: RUA BENTO LEÃO Nº262 A, CENTRO, FLORIANO-PI.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim do outorgante receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, a que tem direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato.

FLORIANO-PI, 28 de AGOSTO de 2018.

3º OFÍCIO

James Duarte Damasceno

Assinatura do beneficiário/vítima

3º Ofício - Floriano - Piauí
NOTAS, PROTESTOS E RTO
Titular: Maria de Carvalho Gonçalves
Praça Francisco Nunes, 897 - Centro - Fone (89) 3522-1825

RECUNHEO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JAMES DUARTE DAMASCENO, DO
FE. EM TEST. DA VERDADE, FLORIANO-PI, 28/08/2018. Emol.: 3,71
TJ: 0,74 Selo: 0,26 Total: 4,71 Selo: ABH-69181 (F880P5)

Dilma Vilela Nunes
DILMA VILELA NUNES Tabelião Substituta

3º Ofício de Notas e Reg. Imob. 2º Circ
Praça Francisco Nunes, 897 - Centro
Floriano-PI Fone: (89) 3522-1825
MARIA DE CARVALHO GONÇALVES

Selo de Autenticidade
e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Atas de Notas
Registro Judicial

RECONHECIMENTO
DE FIRMA
Nº ABH-69181

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Lala C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0378547/18

Vítima: JAMES DUARTE DAMASCENO

CPF: 628.487.743-98

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/09/2017

Titular do CPF: JAMES DUARTE
DAMASCENO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO : 077.532.253-91

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

JAMES DUARTE DAMASCENO : 628.487.743-98

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: 17/10/2018
Nome: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO
CPF: 077.532.253-91

AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2018
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0378547/18

Número do Sinistro: 3180488644

Vítima: JAMES DUARTE DAMASCENO

CPF: 628.487.743-98

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/09/2017

Titular do CPF: JAMES DUARTE
DAMASCENO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

JAMES DUARTE DAMASCENO : 628.487.743-98

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: 28/12/2018
Nome: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO
CPF: 077.532.253-91

AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/12/2018
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JAMES DUARTE DAMASCENO

Nº Sinistro: 3180488644

Vítima: JAMES DUARTE DAMASCENO

Data do Acidente: 10/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180488644**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13489874



Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JAMES DUARTE DAMASCENO
Nº Sinistro: 3180488644
Vitima: JAMES DUARTE DAMASCENO
Data do Acidente: 10/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180488644**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas
- Comprovante de residência não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

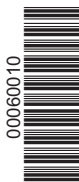
Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13491293





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180488644

Vítima: JAMES DUARTE DAMASCENO

Data do Acidente: 10/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180488644

Vítima: JAMES DUARTE DAMASCENO

Data do Acidente: 10/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JAMES DUARTE DAMASCENO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180488644

Vítima: JAMES DUARTE DAMASCENO

Data do Acidente: 10/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JAMES DUARTE DAMASCENO

Após a análise do seu pedido do Seguro DPVAT, verificamos a existência de irregularidades.

Por essa razão, o seu pedido foi negado.

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

Nº do sinistro ou ASL: **3180488644** CPF da vítima: **628.487.743-98** Nome completo da vítima: **James Duarte Damasceno**

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

Nome completo: **James Duarte Damasceno** CPF: **628.487.743-98**

Profissão: **Rua** Endereço: **Rua José Augusto** Número: **510** Complemento: **-**

Bairro: **Zona Rural** Cidade: **Jerumenha** Estado: **PI** CEP: **64.830-000**

E-mail: **-** Telefone: **89-3521 2793**

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

RENDA MENSAL:

- ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
- ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0638** CONTA: **98603** **9**

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e extensão da invalidez decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa concessão de indenização futura e a análise médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discorde do seu conteúdo.

DEBENTELAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
03 MAI 2019
LIDER SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 - Loja C
Centro - Niterói - RJ CEP: 24020-470

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: **Florianópolis 23.04.2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

James Duarte Damasceno

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



AUTO-ATENDIMENTO - AG FLORIANO

DATA: 05/04/2019

HORA: 13:15:22

TERMINAL: 06381027

CONTROLE: 063810270455

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0638 013.00098803-9

NOME: JAMES DUARTE DAMASCENO

TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

TELEFONE DEPOSITANTE: 89 99409-8830

NÚMERO DO ENVELOPE: 3936976211

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 MAI 2019

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

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ**

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 15495311

NESILIA DOS SANTOS PEREIRA DE SOUSA

R. JOSE ARAUJO BARBOSA, S/N ,

B-RURAL

64830000 JERUMENHA

PI

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
8900760	12/2018	26/11/2018 a 24/12/2018
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
169	01/01/2019	R\$ 167,51

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

recorte aqui

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ**

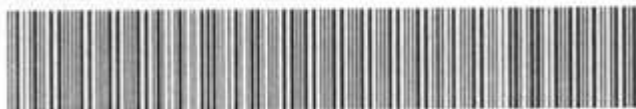
AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
8900760	12/2018	R\$ 167,51

836300000012.675100170009.000000008904.076012180055



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL —	CPF da Vítima 628.487.743-98	Nome completo da vítima James Duarte Damasceno
--------------------------------	---------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo James Duarte Damasceno	CPF titular da conta 628.487.743-98	Profissão peixeiro
Endereço Rua José Inácio Barbosa	Número 510	Complemento —
Bairro B. Rural	Cidade Jerumenha	Estado PE
Email —	CEP 64.830-000	Telefone (DDD) 84-35212793

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRO _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRO. 0638 D/V _____ (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 9803 D/V 9 (Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Gloriano Rê, 10 de 10 de 2018
Local e Data

James Duarte Damasceno

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUÍ

COMPROVANTE DE DEPOSITO

06/09/2018 HORA: 08:58:58
DATA EFETIVACAO 06/09
CONVENIO 000487295
OPERADOR DINER

AGENCIA 0638
CONTA 013.00098603-9
NOME JAMES DUARTE DAMASCEN
VALOR

COD OPERACAO 608514080

2018-09-06-08:58:58.8426
62DISQUE CAIXA - 0800 72
6 0101 OUVI

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A
AO DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 M
OSCONTA MARCADA PARA RECEBIMENTC
SITO EXCLUSIVAMENTE NO CAIXA DAS AI
S.

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 3180-488644 CPF da vítima: 628.487.743-98 Nome completo da vítima: JAMES DUARTE DAMASCENO

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

Nome completo: JAMES DUARTE DAMASCENO CPF: 628.487.743-98

Profissão: Rua Endereço: Rua JOSE ANAÏRA Número: 510 Complemento: -

Bairro: - Cidade: JUazeiro Estado: PE CEP: 64.830-000

E-mail: - Tel.(DDD): 85-35212793

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0638 CONTA: 98603 9

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no laudo apresentado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e extensão da invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia contestação ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE
CONTENDO NÃO VERIFICADO
28 DEZ 2018
GENTE SE MEDIDO
Rua CAVALO DE BORDA 100, 1º ANDAR
CENTRO - JOAZEIRO - PE - CEP: 64.830-000
FONE: (85) 3521-2793

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

Local e Data: Joazeiro-Pi, 29.11.18

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JAMES DUARTE DAMASCENO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 DEZ 2018

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

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUÍ

COMPROVANTE DE DEPOSITO

06/09/2018 HORA 08:58:58
DATA EFETIVACAO 06/09
CONVENIO 000487295
OPERADOR DINER

AGENCIA 0638
CONTA 013.00098603-9
NOME JAMES DUARTE DAMASCEN

VALOR
COD OPERACAO 608514080

2018-09-06-08:58:58 8426
62DISQUE CAIXA - 0800 72
6 0101 OUVI

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO A
AO LDO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 DIAS
OS CONTA MARCADA PARA RECEBIMENTO
SITO EXCLUSIVAMENTE NO CAIXA DAS AGENCIAS

SAC CAIXA 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ovidona: 0800 725 7474

caixa.gov.br

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180488644
Nome do(a) Examinado(a): James Duarte Damasceno
Endereço do(a) Examinado(a): R Jose Araujo Barbosa, S/N
Zona Rural Jerumenha PI CEP: 64830-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 3811919
Data local do acidente: [10/09/2017]
Data local do exame: [15/01/2019] Floriano [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

TRAUMATISMO CRANIANO, COM HEMATOMA EXTRADURAL.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: FEZ TRATAMENTO NEUROCIRÚRGICO, COM CRANIOTOMIA, COM DRENAGEM DE HEMATOMA EXTRADURAL, COM USO DE ANTICONVULSIVANTE, REFERE QUE JÁ TEVE ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO MÉDICO.
Complicações: NÃO TEVE COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

APRESENTA NO MOMENTO NO EXAME FÍSICO, QUADRO CLÍNICO DE VERTIGEM, COM O EXAME DE ROMBERG POSITIVO.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

APRESENTA NO MOMENTO COMO SEQUELAS, QUADRO CLÍNICO DE VERTIGEM.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL

% do dano: ☐ () 10% residual ☒ (X) 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Mauro Ricardo Ramos Bilibio
CPF - 500.643.500-91
CRM/PI - 4606



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 104346.002227/2018-11

Complementar ao BO Nº: 104346.002224/2018-88

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: Nivaldo R. Da Silva

Data/Hora: 06/09/2018 - 11:00

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

1º DP DE FLORIANO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

FLORIANO

Endereço

RODOVIA BR-343, PRÓXIMO AO PAPA POMBO, Nº:

Complemento

Data/Hora

10/09/2017 - 07:00

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JAMES DUARTE DAMASCENO

RG: 3811919 PI

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Mãe: JACIENE DUARTE DAMASCENO

Endereço: BARRA DO LANÇA, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: FLORIANO

Telefone(s): 89-9474-5934

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - YAMAHA. YBR125K

Condutor: JAMES DUARTE DAMASCENO

RG: 3811919 Órgão: UF RG: PI

End: BARRA DO LANÇA Número: Complemento:

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

Ano: Placa:

2015 PIG8190

Chassi:

9C6KE1950F0043080

Renavam:

1035264363

Cor:

Branca

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE INFORMA QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA SUPRA-CITADA, EMPLACADO EM NOME DE ADELMAR ALMEIDA DE MIRANDA, CPF. 888.563.133-91, PELA RODOVIA BR-343, NO DIA 10/09/2017, POR VOLTA DE 7:00 HORAS, PRÓXIMO À LOCALIDADE PAPA-POMBO, COLIDIU O PNEU DA MOTO EM UM PEDAÇO DE BORRACHA(PNEU), E CAIU NA PISTA, SOFRENDO TCE, COM HEMATOMA EXTRADURAL, SENDO SUBMETIDO A TRATAMENTO NEUROCIRÚRGICO NO HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES, SENDO TRAZIDO PELA AMBULÂNCIA DE JERUMENHA AO REFERIDO HOSPITAL ONDE FICOU HOSPITALIZADO E DEPOIS TEVE ALTA HOSPITALAR. ERA O QUE TINHA A CERTIFICAR.

Nivaldo R. Da Silva
Nivaldo R. Da Silva - Mat. 1085859
AGENTE DE POLÍCIA

James Duarte Damasceno
JAMES DUARTE DAMASCENO - Noticiante
Responsável pela Informação





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 104346.002227/2018-11

Complementar ao BO Nº: 104346.002224/2018-88

Delegado de Polícia



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

James Duarte Damasceno

CPF da Vítima

628.487.743-98

Data do Acidente

10-09-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Florianópolis, 16 de maio de 2018

Local e Data

x James Duarte Damasceno

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 | 1ª C

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N,
MANGUINHA, FLORIANO/PI - 64800-000
CNPJ: 06.553.564/0103-62
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: 20483723
Data: 10/09/2017
Funcionário: JO

Registro: 154508
Hora: 08:02:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 20

SUS

JAMES DUARTE DAMASCENO

Nasc.: 08/11/1995 Idade: 21 ANOS, 10 MESES, 2 DIAS Profissão: LAVRADOR CPF: - RG: 3811919 - SUS:
End.: BARRA DO ALCANTARA, 0 - Bairro: Cidade: JERUMENHA/PI Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64830-0
Cor: SEM Telefone: () Mãe: JOCILENE DUARTE DAMASCENO Pai:
Clínica: CLINICA MEDICA Documento: 0000 - HOSPITAL TIBÉRIO NUNES
Responsável: JAMES DUARTE DAMASCENO - O MESMO Temp.: °C Peso: Kg P.A.:

Procedimentos

10/09/2017 8:02 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

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

Queixa principal:

Pts abdom de quilo il note (350), distendido, com ulna favel
1. gtrax.

Exame clinico/fisico:

Diagnostico provavel:

A. distensão de uma cava moral (potencia?), distensão gástrica sub; aus
B. leve ingurgimento no abdome
C. epigastro, PA: 130 x 80. FC: 70, pulso duro
3. flegma 12 (0,6,1) -
6. ulna favel (potencia de favel?) -
Abdom plano, favelado, deprimido, no uxo abdominal.

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

1. @ 50 O, 30. 1000 ml. b, 10 gtrax
2. @ 100 ml. 70 cava, favel tux.

Ed. 2001

HOSPITAL REGIONAL

TIBÉRIO NUNES

NOME: JAMES DUARTE DAMASCENO

HORÁRIO: 10/09/17 18:50

SS: TECNÓLOGO

Adriana Holanda
Gérgia Geral
CRM-PI 4657

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PI
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 07/10/2017
ASSIN. [assinatura]

Paciente apto, impossibilitado de realizar exames de exo - Sol. 9090
1. Hdacl - 01 gtrax 1A 08:50 gtrax de 02 50 ml
2. Hdacl - 01 gtrax 1A 08:50 gtrax de 02 50 ml
3. Hdacl - 01 gtrax 1A 08:50 gtrax de 02 50 ml
Favel / Favel Abdom

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-170

Isadora Silva Lima
MÉDICA
CRM-PI 6446

Responsável: JAMES DUARTE DAMASCENO

0000 HOSPITAL TIBÉRIO NUNES



Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0890076-0

COMPANHIA ENERGÉTICA DO BRASIL
Av. Moura Brasil, 736 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ nº 07.740.000/0001-08 (Insc. Estadual: 19.301.383-8)
Nº de Fisco: 00094460779315
Imposto Especial de Imprensa autorizado pela SEFAZ/PI/06/08

Nº da Nota Fiscal 003485489

A Tarifa Social da Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.430 de 25 de abril de 2002

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARCO/2018	28/03/2018	117	93,10

NESILIA DOS SANTOS PEREIRA DE SOUSA
R. JOSÉ ARAÚJO BARBOSA S/N B-RURAL
CPF: 00094460779315
CEP: 64.830-000 - JERUENHA

ROT: 198.819.14.83.020300

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual	17208	Atual	21/03/2018
Anterior	17091	Anterior	20/02/2018
Coeficiente de Multiplicação	1,000	Próxima Leitura	20/04/2018
Consumo Medido	117	Finalidade	19/03/2018
Consumo Faturado	117	Faturamento	21/03/2018
Forma de Faturamento: NORMAL		Zona de Consumo: 29	
Código de Propriedade			

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Classificação	Localidade	Número Medidor	Posto
RESIDENCIAL	MONO	A1103486	
Código Fis.	Matriz 12 meses		
1.1 1.1	226		

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
FEV/18	174	CONSUMO	117 A R\$ 0,735940 = 86,10
JAN/18	218	CONTR. ILUMINA.	40 PUB (COST) 7,00
DEZ/17	162		
NOV/17	274		
OUT/17	268		
SET/17	249		
AGO/17	174		
JUL/17	246		
JUN/17	218		
MAI/17	248		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 117 - 0,66222			

ATENÇÃO: O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 19/03/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Consumo	18,52	Imposto de Renda	86,10
Energia	35,18	Imposto de Renda	20,00%
Transmissão	5,53	Imposto de Renda	17,22
Distribuição	5,60	Imposto de Renda	0,72
Taxas	21,27	Imposto de Renda	3,33

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC	FIC	DMIC	DICB
Resposta	0,00	0,00	0,00	0,00
Resposta	0,00	0,00	0,00	0,00
Resposta	0,00	0,00	0,00	0,00
Resposta	0,00	0,00	0,00	0,00
Resposta	0,00	0,00	0,00	0,00
Resposta	0,00	0,00	0,00	0,00
Resposta	0,00	0,00	0,00	0,00
Resposta	0,00	0,00	0,00	0,00
Resposta	0,00	0,00	0,00	0,00
Resposta	0,00	0,00	0,00	0,00

17 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 739 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 06.840.740/0001-00 | Inc. Estadual: 18.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal: 011537205

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2018	10/10/2018	203	193,67

CRISTIANE DA CONCEICAO LOPES LINHARES
R. BENTO LEAO 262 A - CENTRO B-URBANO
CPF: 00005252661782
CEP: 64.800-000 - FLORIANO

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	11515	Atual: 24/09/2018
Anterior:	11312	Anterior: 22/08/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 25/10/2018
Consumo Medido:	203	Criado em: 21/09/2018
Consumo Faturado:	203	Representação: 25/09/2018

NORMAL

33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código fat.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1441592		3.1.3.1	217

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
AGO/18 188	CONSUMO 203 A R\$ 0,894947 = 181,67
JUL/18 112	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 12,00
JUN/18 145	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 10,14
MAI/18 139	
ABR/18 122	
MAR/18 239	
FEV/18 266	
JAN/18 247	
DEZ/17 300	
NOV/17 269	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 203 - 0,504940

MENSAGENS IMPORTANTES / REATIVO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabens! Até o dia 21/09/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

DEPARTAMENTO DE CONTAS
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Azevedo, 400 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	35,00	Taxa de Cálculo:	181,67
Energia:	66,56	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	10,47	Valor do ICMS:	49,05
Encargos:	10,60	Valor do PIS:	1,78
Tributos:	50,04	Valor do COFINS:	8,21

INDICADORES DE CONTINUIDADE

6,03 12,06 24,12 3,49 6,98 13,95 3,54
0,00 0,00 0,00

FLORIANO

07/2018 32,66

Eletrobras
Distribuição Piauí

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$

1335477-9

193,67

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

09/2018

10/10/2018

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 739 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 06.840.740/0001-00 | Inc. Estadual: 18.301.383-5

Nº da Nota Fiscal: 011537205 FCAM

83640000001 1 93670017000 9 00000001335 9 477909180008 5



**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI**

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 14191191

NESILIA DOS SANTOS PEREIRA DE SOUSA

R. JOSE ARAUJO BARBOSA, S/N ,

B-RURAL

64830000 JERUMENHA

PI

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
8900760	11/2018	23/10/2018 a 26/11/2018
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
225	03/12/2018	R\$ 209,53

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

recorte aqui

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI**

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
8900760	11/2018	R\$ 209,53

836200000021.095300170008.000000008904.076011180056

