

Audiência x Tribunal x Acesso 1 x Consulta x 0800626 x Sistema x Download x Controle x Audiência x Upload x

tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=502076&ca=c1952c81a4e41974d7a32f0581...

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

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
- 0899182 - CONTESTAÇÃO
 - 0899188 - CONTESTAÇÃO (2719941 CONTESTACAO 01)
 - 0899191 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2719941 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 0899192 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressad web)
 - 0899206 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
 - 0899299 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

05 May 2020

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

2719941 - C3/2020-0185M/INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA

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

Processo: 08006262620208180028

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. Acesse as configurações 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

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

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **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 nexos 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.”

⁹art. 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 nexos 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 seqüela 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 seqüelas 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					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINÉ 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

JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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/BIBLIOTECAWEB/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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Apolinário 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 Invalidez 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

Apolinário 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 Piáu, 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: PI G 8190

Chassi: 966KE1950F0043080

Data do Acidente: 10.09.2017

Local e Data: Floiano-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 autênticas, a(s) firma(s) de Adelmar Almeida de Miranda
Em Teste pmo da verdade
Jerumenha, PI, 09/10/2018
 Sandra Maria de Góes Almeida Vilar Pinto - Tabelião Público
 João Francisco Tomaz de 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



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: 154808

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):
8 - DATA DE NASCIMENTO: 08/11/1995
9 - SEXO: Masc 1, Fem. 2

10 - NOME DA MÃE: JOCIENE DUARTE DAMASCENO
11 - TELEFONE DE CONTATO: (89) 9402-0555

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

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO: Hemorragia Extracerebral - cirurgia de emergência

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Ex. Traqueal

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: TCE

21 - CID PRINCIPAL: S06.4
22 - CID SECUNDÁRIO: S06B
23 - CAUSAS ASSOC: V32.4

Procedimentos:
* 0415030077
17 0403030349
27 0403030812
38 0403010048
47 0403030268

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: NEUROCIURGIA URGÊNCIA

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 6403010276

26 - CLÍNICA: HOSPITAL TIBERIO NUNES
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: URGÊNCIA
28 - DOCUMENTO: () CNS (x) CPF
29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 078.377.823-87

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: DR. LEONARDO DE CARVALHO
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 10/09/2017
32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO COREPRO): 9217100962110

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - Nº DO BILHETE:
38 - SÉRIE:

39 - CNPJ EMPRESA:
40 - CNAE EMPRESA:
41 - CBOR:

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: OSMUNDO DE MORAES ANDRADE
44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR: M220390901

45 - DOCUMENTO: 078.377.823-87
46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:
48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO COREPRO): 9217100962110

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.: 59281

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUI
CONFERE COM ORIGINAL
DATA 10/10/17
ASSIN.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Cosme 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 Mangumha, Floresta-PI
Telefone: (89) 3522-1333 / 3522-1489

SAÚDE

Secretaria de Estado
de Saúde / SESAP



Piauí
GOVERNO DO ESTADO

SUS



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

11 OUT 2018

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



Centro de Diagnóstico por Imagem

LAUDO

Paciente: JAMES DUARTE DAMASCENO
Médico: JUAREZ
Radiologista: P13050
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.

	Secretaria de Saúde do Estado do Piauí Hospital Regional Tiberio Nunes CNPJ: 06.353.564-0103-62 Rua Gabriel Ferreira, S/N - Bairro Mangueira, 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, 405 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DFVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Resende, 405 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 DUAETE DAMASCENO

End.: _____ Leito 127 Data: 10 109 117

EVOLUÇÃO MULTI PROFISSIONAL

As 14:00 paciente admitida em UT, proveniente do Centro
Urgência após cesariana para Exatose Hemorrágica - Pass
- 5 Púrpuras isométricas notáveis na TENDENTE AP BIV T
Ausência de Ruídos Adventícios e Abdomen Plano ITCAS
SVD Fundamentado em VIM+TOT, Afecção Mucocutânea
NODRIZENSO em Boa Situação de O₂

As 14h paciente admitida neste setor procedente do C.U.
Tiquiçauda, afénil, Sato+98%, com tendência a hipotensão,
em VIM+TOT, Mem resposta com estímulos, em plano de
Mucosa, Mucosa em medação 10ml/h, 55UV estáveis
as efêlorescências apresentadas febrilidade (TMC: 37,7°C) próximo

em uso de antitérmico de reserva Sonda nasogástrica sero-
lenta em boa quantidade 10-12ml/h, não responde a ve-
mulo Sonda 30ml/h em PIC

As 16h segue em VIM+TOT, medação 30ml/h em PIC, medação em
parcial com quindenta em grande quantidade responde à
estímulos dolorosos. Buço por SVD de aspecto concentrado
sem evacuações avertes

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

Hospital Regional "Tibério Nunes"
Florianópolis - Piauí

Folha de Anestesia

Nome: <u>James Duarte Damasceno</u>						Registro: _____
Enf.: _____		Leito: _____		Apt.: _____		
Data	P. Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
10/09/18	70x70					
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematinúria	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Dos. Uréia
Exame de Urina						
Função Respiratória						
Sistema Circulatório				Eletrocardiograma		
Sistema Respiratório				Assina		Bronquite
Sistema Digestivo			Sistema Urinário			
Estado Mental			Corticóides		Outros	
Diagnóstico Pré-Operatório			Risco			
Pré-Medicação (Agentes e Doses)			Aplicado As:		Efeitos:	
			09:15h			
Agentes Anestésicos	Oxigênio					TOTAL DE DOSES
LIQUIDO	Soluto 500 400 Sangue 300 200 Outros 100					10 cont. 25mg 10 cont. 50mg 10 cont. 100mg 10 cont. 200mg
Temperatura	T°					SEQUÊNCIA
P. Arterial	V					Manual 01/02/03/04/05/06/07/08/09/10/11/12/13/14/15
Pulso	35					
Início e Fim Anestesia	X					
Início e Fim Operação	32					
Respiração	O					
SÍMBOLO						DURAÇÃO
Técnica:	Genal halotano balneário					Incidentes - Acidentes
Operação:						
Cirurgiões:	Leandro					
Anestesiastas:	Roberto Lima					Corticóides pós-oper. Imediata
Particularidades:						

URINÁRIA

SA (MUSCUL)

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

D.N. 08.11.1995 21a

Barra do Luso...
menina.

Nome do Paciente: James Duarte Dornaseno Reg. Same: 154508
Cirurgia: menagem de hematoma Epidural Sala: 01
Cirurgião: Dr. Leonardo Auxiliar:
Instrumentador: Claudia Circulante: Aldeina e Auresia
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	GOLIRIO <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	FLAXEBIL <u>Ultracine</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>Fentanila 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
DEVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coslho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.012-470
Teresina-PI

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FICHA DE ADMISSÃO
HISTÓRICO DE ENFERMAGEM UTI

DM 08/11/1995

DADOS PESSOAIS

NOME: SARGES DUARTE DANIEL GERVÁO PRONTUÁRIO: 154508
 IDADE: 26 SEXO: M ALTURA: _____ PESO: _____ IMC: _____
 DATA ADMISSÃO UTI: 10/09/12 DATA ADMISSÃO HRTN: 1/1/12
 PROCEDÊNCIA: C TELEFONE (09) 3402 0559 (09) 33643 1581
STREUMENHA P1 * (031) 39153-5693 89 99400 7397
KALOM (BO) 0,000
 SINAIS VITAIS * (03) 99 (15-6333) Exatid (química)
 FC: 116 FR: 19 PA: 109/61 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

- 3- Reações alérgicas? SIM NÃO

4- Motivo da Internação

TCE grave Acidente Neuroclítico

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: _____
 Arcada Dentária: Normal Uso de prótese Ausência de Dentes
 Pêe: Normal Alterada (Especificar): _____
 Tórax: Normal Alterada (Especificar): _____
 Abdômen: Plano Distendido
 Ruídos Intestinais: Presentes Diminuído Ausentes
 Eliminações Intestinais: Presentes Ausentes Outro
 Avaliação Nutricional:
 Higiene corporal: Boa Regular Precária
 Movimentação: Desambulando Meca Com auxílio Cadeira de rodas
- 2- SISTEMA RESPIRATÓRIO
 Respiração: Normal Alterada:
 Ausculta Pulmonar: Murmúrio vesicular Estertores Roncos Sibilos
 Oxigenação: Ar ambiente Caráter O₂ Máscara de venturi Fi O₂ _____
 VM TOT Nº _____ Modo _____ Fi O₂ _____ () TOT
 Outros _____
- 3- SISTEMA CARDIOVASCULAR
 Ausculta cardíaca: Normal Alterada
 Pulso periférico: Normal Alterado
 Rede venosa: Visível Pouco visível
 Acesso venoso: Ausente Periférico Especificar: MSE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-437

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

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

Nome: James Casado Damasceno

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

EVOLUÇÃO MULTI PROFISSIONAL

Em 14:36h paciente segue em 2º DSU em UTI e 3º DPO de evolução para exames de hemograma exteudinal. Apresenta estresse e ansiedade em relação a exames mais expressivo a "D" Abdominal expandido e flácido. Dura de manuseio principalmente com débito sanguinolento. Segue em UTI TET em modo volume controlado (C: 21 + Freq: 16 + PEEP 3) em rede com 100% O2. Diuréticos bastante concentrados por SUD. Prod. exp Kelly em 200ml.

Em 15h Realizada biópsia íntima, apresenta necrose em meio mucoso sem LPP, visto hiperplasia da camada da mucosa e úlcera aparentemente necrosada. Se melhora, SVD estáveis.

Em 21:40h, realizou TC de crânio de contraste, cervical e abdomen. SVD

Sílvia Regina da Costa Sousa
Enfermeira
COREN-PI-121022

Em 21:05h realizado biópsia íntima, anal e uretra, apresenta aspecto mucosa.

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

Em 23:00h paciente em UTI, em plano de urgência funcionalmente com débito sanguinolento, acetona, bradicardia, normotensão, diurese por SUD funcionalmente, dieta zero.

Em 06:50h tirado kistop, realizado biópsia anal e uretra, sem necrose até o momento.

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

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-espacos visibilizados.

Forames de conjugação livres.

Articulações interfacetárias e uncovertebrais sem alterações.

Musculatura paravertebral posterior de aspecto anatómico.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

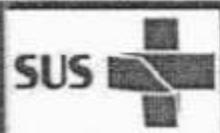
O estudo tomográfico computadorizado da coluna cervical dentro dos parâmetros da normalidade.



DR PEDRO AUGUSTO NEVES MARTINS JUNIOR
CRM 30281



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



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.

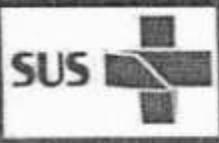
Rins em situação habitual, com contornos regulares e dimensões normais, sem evidências de dilatação dos sistemas pielocalicinais ou de cálculo urinário com densidade cálcica.

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.

 <p>SAÚDE Secretaria de Estado de Saúde / SESAP</p>	<p>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</p>	 <p>SUS</p>
---	--	--



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

 SAUDE Secretaria de Estado de Saúde - SEAS/PI	 Piauí GOVERNO DO ESTADO	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	 SUS
--	--	---	---

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
Teresina-PI

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 pneumoencéfalo 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.

SAÚDE
Secretaria de Estado
de Saúde / SESAU



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 - Naze 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 ALMEIDA MARTINS JUNIOR
CRM 2854

SAÚDE
Secretaria de Estado
de Saúde / SUS-PI



Piauí
GOVERNO DO ESTADO

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

SUS



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Laje 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

Sexo: MASCULINO

Médico(a): ÉRICO B. SENA

Idade: 21 ANOS, 10 MESES, 2 DIAS

Convênio: SUS

Leito: 0127 Enfermaria: 36

Impresso: 11/09/2017

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

OBSERVAÇÕES
ERITRÓCITOS

OBSERVAÇÃO GERAL: LEUCOCITOSE.

CRF: 254-PAULO CESAR BORGES LOPES

Este laboratório realiza diariamente teste de controle de qualidade antes das realizações dos exames. Hematólogia (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 - PI



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

UREATININA

Material: SORO

Método: ENZIMÁTICO

RESULTADO 1,0 mg/dl

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

OBSERVAÇÃO GERAL: 3

UREIA

Material: SORO

Método: ENZIMÁTICO

RESULTADO 47 mg/dl

15 A 40

OBSERVAÇÃO GERAL:

CRF: 254-PAULO CESAR BORGES LOPES

O 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



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

Procedência: Unidade Matriz

Idade: 21 Anos
Data Rec: 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: 116.76

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 - CEP: 24.090-000



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



00041069

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 e 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.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 400
Centro, M...

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA
 UTI

L 120

NOME DO PACIENTE		JAMES DUARTE DAMASCENO	
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA		PTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTO HÁ 24HS, APRESENTANDO 08 PONTOS NA ESCALA DE GLASSGOW. FOI ABORDADO PELA NEUROCIURGIA (HEMATOMA EXTRA-DURAL FD), NO MOMENTO EM SEDONAALGESIA (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		01- DIETA ZERO ATE SEG ORDEM 02 - SORO GLICOSADO 1500ML NAOL 10% 03 AMPOLAS EM CADA FASE 02- RANITIDINA 50MG EV 12/12H 03- CEFALOTINA 1G EV 6/6H 04- FENITONA 100MG EV 8/8H 05- DÍPIRONA- 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 08- NEBULIZAÇÃO: 4/4 HS ATROVENT-----30GTS SF 0.9%-----05ML 09- INSULINA REGULAR CONFORME HGT: <180-00 201-250-04U 301-350-08U 181-200-02U 251-300-06U >351-10U 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 AMP'S, EV, SE HGT<80	
IDADE		21	
UTI/LEITO		127	
HORÁRIOS		(16h) (08h-20h) (08h-20h) (18h) (08h-20h) (08h-20h) (18h) (08h-20h) (08h-20h)	

HOSPITAL REGIONAL
 TIBÉRIO NUNES
 EXAME: CO. COMUM, COM
 DATA: 11/09/2017
 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-Notte CEP: 64.002-470
 Telefone: (33) 3222-1000

Nome: James Duarte Thomazene 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>108/71</u> PAM: <u>73</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 ()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>3/3 sem 3/0/0/4</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 ()Pasiva/ ()MMSS ()MMII	()Ativa/ ()MMSS ()MMII ()Pasiva/ ()MMSS ()MMII	()Ativa/ ()MMSS ()MMII ()Pasiva/ ()MMSS ()MMII
AVM dia (X)TOT ()TQT n°: _____ Fixação: _____	()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 ()VMI Modo: ()PSV ()VCV ()PCV/PIP: _____ cmH2O Ppico: <u>15</u> PEEP: <u>3</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 Sedestação: (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 Sedestação: (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 Sedestação: (X)leito ()poltrona ()deambulação Ter. respiratória: ()VNI ()THB ()TEP ()TMR ()Exercícios respiratórios Aspiração: (X)VAS (X)TOT/TQT Secreção: cor/aspecto: <u>Sempre úmida</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() 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() 03.02.04.002-1() 03.02.05.002-7() 03.02.04.002-1() 03.01.05.006-6 (X)	03.01.07.013-0() 03.01.07.013-0() 03.02.02.001-2() 03.02.02.001-2() 03.02.05.002-7() 03.02.05.002-7() 03.02.04.002-1() 03.01.05.006-6 (X)
Fisioterapeuta	<u>Kanú Carvalho</u> Dra. Maureen Simplicio V. de Carvalho FISIOTERAPEUTA CREFITO: 142418-F	<u>Kanú Carvalho</u> Dra. Maureen Simplicio V. de Carvalho FISIOTERAPEUTA CREFITO: 142418-F	<u>Francisco R. de Fozes B. Lima</u> 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 Figueiredo, 465 Loja C
Centro, Nova Olinda



Exame: E0112210



INTERNADO

Coletado:

Data: 12/09/2017

Paciente: JAMES DUARTE DAMASCENO
Médico(a): KELMAR DE ARAUJO MARTINS
Convênio: SUS

Leito: 0127 Enfermaria: 36

Sexo: MASCULINO
Idade: 21 ANOS, 10 MESES, 2 DIAS
Impresso: 12/09/2017

HEMOGRAMA

Material:
Método:

HEMOGRAMA		
HEMÓCITOS	3,95 milhões/mm ³	4,5 a 5,9 milhões/mm ³
HEMOGLOBINA	11,5 g%	12,0 a 17,5 g%
HEMATÓCRITO	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
ESQUAMADOS	90 %	36 a 66 % 2000 a 7500 /mm ³
PLAQUETAS	234.000 /mm ³	150.000 a 400.000 /µL
OBSERVAÇÕES		
HEMÓCITOS		

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) 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, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470

Pedido: 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



"De mãos dadas com sua saúde"

Responsável: Dr. Roberto Mousinho

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

Procedência: Unidade Mairiz

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 06.76

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-Norte CEP: 22.000-000

Nome: Francisco Roberto Damasceno Idade: _____ Peso ideal: _____
 Diagnóstico: Hemorragia extradural (Craniotomia)
 AVM: ()TOT ()TQT DIH: _____ DUTI: _____ Leito: 12A Data: 12/09/18

	Manhã	Tarde	Noite
Nível de consciência	Sedado: ()midazolam ()fentanil RASS: <u>-3</u> ECG-AO: ___ +RM: ___ +RV: ___	Sedado: ()midazolam ()fentanil RASS: _____ ECG-AO: <u>5</u> +RM: <u>5</u> +RV: <u>107</u> <u>95</u>	Sedado: ()midazolam ()fentanil RASS: _____ ECG-AO: <u>5</u> +RM: <u>6</u> +RV: <u>107</u> <u>99</u>
Hemodinâmica	()estável ()instável FC: <u>70</u> bpm PA: <u>143</u> / <u>92</u> PAM: <u>106</u> ()DVA: _____	()estável ()instável FC: <u>76</u> bpm PA: <u>150</u> / <u>93</u> PAM: <u>99</u> ()DVA: _____	()estável ()instável FC: <u>75</u> bpm PA: <u>162</u> / <u>92</u> PAM: _____ ()DVA: _____
Padrão respiratório / ritmo	()apical ()diafragmático ()Toracoabdominal ()Paradoxal ()Eupneico ()dispneico ()BAN ()Bradipneico ()taquipneico ()TTC ()esf. ABM ()cianose	()apical ()diafragmático ()Toracoabdominal ()Paradoxal ()Eupneico ()dispneico ()BAN ()Bradipneico ()taquipneico ()TTC ()esf. ABM ()cianose	()apical ()diafragmático ()Toracoabdominal ()Paradoxal ()Eupneico ()dispneico ()BAN ()Bradipneico ()taquipneico ()TTC ()esf. ABM ()cianose
Expansibilidade / auscota	()bilateral/simétrica ()assimétrica: _____ MV: <u>3</u>	()bilateral/simétrica ()assimétrica: _____ MV: <u>3</u>	()bilateral/simétrica ()assimétrica: _____ MV: <u>3</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 () ()Pasiva ()MMSS ()MMII	()Ativa ()MMSS ()MMII () ()Pasiva ()MMSS ()MMII	()Ativa ()MMSS ()MMII () ()Pasiva ()MMSS ()MMII
AVM dia ()TOT ()TQT n: _____ Fixação: _____	()VNI ()VMI Modo: ()PSV ()VCV ()PCV/PIP: ___ cmH2O Ppico: ___ PEEP: <u>3</u> cmH2O cmH2O VC: <u>350</u> ml Tins: <u>4,0</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>3</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>3</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: ()A ()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: ()A ()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: ()A ()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>Modo: PSV - 0,2w/d</u> <u>5</u>		
Códigos de procedimentos	03.02.06.002-24 () 03.01.07.013-01 () 03.02.06.001-41 () 03.02.02.001-26 () 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 () 03.02.02.001-26 () 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 () 03.02.02.001-26 () 03.02.04.002-11 () 03.02.05.002-71 () 03.02.04.002-11 () 03.01.05.006-61 ()
Fisioterapeuta	<u>Francisco Roberto Damasceno</u> Fisioterapeuta CREFIO 136.154-F	<u>Francisco Reis dos Santos Júnior</u> Fisioterapeuta CREFIO 136.154-F	<u>Francisco Reis dos Santos Júnior</u> Fisioterapeuta CREFIO 136.154-F

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

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

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: Jamen Duarte Ramalho

End.: _____ Leito _____ Data: 10/09/17

EVOLUÇÃO MULTI PROFISSIONAL

As 16h paciente moveu em VM-TOT, apresentando
pico hipertensivo, apnéia, reativa, medicação instável,
realizado banho no leito, higiene oral e ocular. moque
no interdito

16:50h, realizado TC (A equid).

Em 12.09.2017 às 21:00h Transferido em UIC-001
Temperatura: 36,5°C na axilar; O2 em 20%
Saturação: 96%; Hipertensão: 140/90 - Coração
FC: 60 batimentos; pupilas: 4x4 e 4x4. Hórtex
em bom estado. Reduzido

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 OUT 2018

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

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

L 120

PRESCRIÇÃO MÉDICA
 UTI

1

DATA/HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	IDADE	UTI/LEITO
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- CETRIAXONE- 01 G+AD, EV, 12/12 HS 05- CLINDAMICINA- 600MG+100ML-SF0,9%, EV, 6/6 HS 06- FENITONA 100MG EV 8/8H 07- DIFIRONA- 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	12/09/2017 13/09/2017 14/09/2017 15/09/2017 16/09/2017 17/09/2017 18/09/2017 19/09/2017 20/09/2017 21/09/2017 22/09/2017 23/09/2017 24/09/2017 25/09/2017 26/09/2017 27/09/2017 28/09/2017 29/09/2017 30/09/2017 01/10/2017 02/10/2017 03/10/2017 04/10/2017 05/10/2017 06/10/2017 07/10/2017 08/10/2017 09/10/2017 10/10/2017 11/10/2017 12/10/2017 13/10/2017 14/10/2017 15/10/2017 16/10/2017 17/10/2017 18/10/2017 19/10/2017 20/10/2017 21/10/2017 22/10/2017 23/10/2017 24/10/2017 25/10/2017 26/10/2017 27/10/2017 28/10/2017 29/10/2017 30/10/2017 31/10/2017 01/11/2017 02/11/2017 03/11/2017 04/11/2017 05/11/2017 06/11/2017 07/11/2017 08/11/2017 09/11/2017 10/11/2017 11/11/2017 12/11/2017 13/11/2017 14/11/2017 15/11/2017 16/11/2017 17/11/2017 18/11/2017 19/11/2017 20/11/2017 21/11/2017 22/11/2017 23/11/2017 24/11/2017 25/11/2017 26/11/2017 27/11/2017 28/11/2017 29/11/2017 30/11/2017 01/12/2017 02/12/2017 03/12/2017 04/12/2017 05/12/2017 06/12/2017 07/12/2017 08/12/2017 09/12/2017 10/12/2017 11/12/2017 12/12/2017 13/12/2017 14/12/2017 15/12/2017 16/12/2017 17/12/2017 18/12/2017 19/12/2017 20/12/2017 21/12/2017 22/12/2017 23/12/2017 24/12/2017 25/12/2017 26/12/2017 27/12/2017 28/12/2017 29/12/2017 30/12/2017 31/12/2017	21	127

12/09/2017 12:17

RG: [assinatura] 25m 8188

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 17 OUT 2018
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
 Centro-Norte CEP: 61.000-000

Nome: Adriano Santos de Oliveira Idade: 21 Peso Ideal: _____
 Diagnóstico: Insuficiência respiratória crônica
 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 / 80</u> PAM: _____ ()DVA: _____	()estável ()instável FC: <u>91</u> bpm PA: <u>138 / 65</u> PAM: _____ ()DVA: _____	()estável ()instável FC: <u>121</u> bpm PA: <u>157 / 87</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>6/12/8</u>	()bilateral/simétrica ()assimétrica: _____ MV: <u>6/12/8</u>	()bilateral/simétrica ()assimétrica: _____ MV: <u>6/12/8</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: <u>27</u> PEEP: <u>7</u> cmH2O cmH2O VC: <u>405</u> ml Tins: <u>1</u> s FR: _____ ipm 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: _____ ipm 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: _____ ipm Fluxo: _____ l/min C: _____ R: _____ Sens: _____ FIO2: <u>21</u> % SpO2: <u>94</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: _____	()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		<u>Início de desmame, em 12/09/12</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()
Fisioterapeuta	<u>Deborah Costa</u> <u>Residência: 126/165</u>	<u>Deborah Costa</u> <u>Residência: 126/165</u>	<u>Deborah Costa</u> <u>Residência: 126/165</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

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

Impresso: 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
PLAQUETAS	188.000 /mm ³	36 a 66 % 2000 a 7500 /mm ³
PLAQUETAS	188.000 /mm ³	0 a 1 % Até 100 /mm ³
PLAQUETAS	188.000 /mm ³	0 a 4 % 100 a 400 /mm ³
PLAQUETAS	188.000 /mm ³	20 a 40 % 900 a 4400 /mm ³
PLAQUETAS	188.000 /mm ³	2 a 8 % 200 a 800 /mm ³
PLAQUETAS	188.000 /mm ³	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: Bicromia (n.º 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
Médico(a): FRANCISCO DOS SANTOS FONSECA
Convênio: SUS Leito: 0127 Enfermaria: 36Sexo: MASCULINO
Idade: 21 ANOS, 10 MESES, 2 DIAS
Impresso: 13/09/2017**URETINA**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:**URETINA**Material: SORO
Método: ENZIMÁTICO
Resultado: 26 mg/dl 15 A 40
Observação Geral:

CRF: 374-HICELBRANDO SILVA SOARES

Este laboratório realiza diariamente teste de controle de qualidade antes das realizações dos exames. Hematologia (Advia 601 com revisão em lâmina; Biologia (Bio 2001

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



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 Req. 13/09/2017
Data Emissão: 13/09/2017 00041146

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

F tássio

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 4,1
11/09/2017 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:
136,0 135,3
11/09/2017 11/09/2017

Dr. Roberto Mousinho
CREF. 00719

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 SIMISTROS
DPVAT
CONTEUDO 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 Damasceno

End.: 175 Leito 127 Data: 13 / 09 / 17

EVOLUÇÃO MULTI PROFISSIONAL

Em 10:41h paciente chegou em 9: DTH em UTI, 9: DPO de evolução
mãe de exames de laboratório extraclínica. Apresenta edema de grau
médio "D". Em tempo, apresenta inquietação. Abstração exaustiva e
gloriosa com RHA ⊕. Segue em VM + TOT em modo CPAP (26 x 02 +
Flow 23 + Pressão 15 + PEEP 3). Paciente por 020 com débito bastante
ocultado. F.O em eufria língua e mucosa nasais úmidas. Se
em 10h medidas vitais em frequência cardíaca **Everaldo Poes Landim Alves** -
ENFERMEIRO
COREN-PI: 515.238
Em 12:41h As 11:50 subjugado a Punção de
S.O. Pl. gástrica, PCT. Segue em unidade, 02:00 em
bito respiratório e 02:00 de base.
Em 13h paciente com hipertensão arterial com
leves complicações. Prescrita em VM + TOT. Examinado por
02:00, avaliação normal de o paciente. Segue em
multicêntrica, após avaliação após hipertensão de 20 de
pressão 37,8/74

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 488 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	JAMES DUARTE DAMASCENO	IDADE	21	UTI/LEITO	127
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA	D3 UTI				
	TCE GRAVE (ACIDENTE MOTOCICLISTA) + 3º DPO DRENAGEM HEMATOMA EXTRADURAL				
	PCT GRAVE + IOT D3 + VM + SEDACÃO 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 + DIURSE: 1750 + BH + 1028				
DATA/HORA	13/09/2017	PRESCRIÇÃO MÉDICA			
	01- DIETA POR SOG 100ML 3/3H	HORÁRIOS			
	02- SORO FISIOLÓGICO 3000ML EV 24HS	10:00 - 14:00			
	GLICOSE 50% 30ML/SORO	14:00 - 18:00			
	03- RANITIDINA 50MG EV 12/12H	18:00 - 22:00			
	04- CEFTRAXONE- 01 G+AD, EV, 12/12 HS	22:00 - 06:00			
	05- CLINDAMICINA- 600MG+100ML-SF0,9%, EV, 6/6 HS	06:00 - 10:00			
	06- FENITOINA 100MG EV 8/8H	10:00 - 14:00			
	07- DILPIRONA- 02ML+AD, EV, AÇM,	14:00 - 18:00			
	08- BROMOPRIDA- 01 AMP+AD, EV, AÇM	18:00 - 22:00			
	09- SEDACÃO, EV, BIC, EV LENTO	22:00 - 06:00			
	FENTANIL- 20ML	06:00 - 10:00			
	MIDAZOLAN- 30ML	10:00 - 14:00			
	SF 0,9% 200ML	14:00 - 18:00			
	10- NEBULIZAÇÃO- 4/4 HS	18:00 - 22:00			
	ATROVENT- 30GTS	22:00 - 06:00			
	SF 0,9% 05ML	06:00 - 10:00			
	11- INSULINA REGULAR CONFORME HGT:	10:00 - 14:00			
	<180-00 201-250-04U 301-350-08U	14:00 - 18:00			
	181-200-02U 251-300-05U >351-10U	18:00 - 22:00			
	12- GLICOSE 50% 04 AMPOLAS EV SE GLIC<60MG/DL	22:00 - 06:00			
	13- DVA, EV, BIC, AÇM	06:00 - 10:00			
	NORADRENALINA- 16ML	10:00 - 14:00			
	SG 5% 234ML	14:00 - 18:00			
	14- MORFINA 1ML + AD 9ML FAZER 2ML, EV, AÇM,	18:00 - 22:00			
	15- HALDOL 1ML IM AÇM	22:00 - 06:00			
	16- ANLÓDIPINO 10-01 COMP, SNE, SE PAD>100 OU PAS>160	06:00 - 10:00			

DEPARTAMENTOS DE SIMISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 17 OUT 2018
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Rezende, 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

Exame: 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 Impresso: 14/09/2017

HEMOGRAMA

Asterisk:
Método:

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

LEUCOGRAMA		4.500 a 11.000 /mm ³
LEUCÓCITOS	15.800 mm ³	
NEUTRÓFILOS	0 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
LINFÓCITOS	0 %	0 a 4 % Até 400 /mm ³
PLAQUETAS	1 %	36 a 66 % 2000 a 7500 /mm ³
MONÓCITOS	89 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
ERITRÓCITOS	0 %	0 a 4 % 100 a 400 /mm ³
PLAQUETAS	1 %	20 a 40 % 900 a 4400 /mm ³
ERITRÓCITOS	7 %	2 a 6 % 200 a 800 /mm ³
ERITRÓCITOS	2 %	
ERITRÓCITOS	0 %	100%
ERITRÓCITOS	100,00	
ERITRÓCITOS		150.000 a 400.000 /µL
ERITRÓCITOS	177.000 /mm ³	

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 (Árvore 60) com revólver 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

Exame: ED112415	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	Impresso: 14/09/2017	

UREIA

Material: SORO		
Método: ENZIMÁTICO		
RESULTADO	36 mg/dl	15 A 40
OBSERVAÇÃO GERAL:		

[Handwritten Signature]
 CRF: 0371-PAULO RICARDO MENDONÇA VASCONCELOS

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 17 OUT 2018
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 605 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI



Responsável: Dr. Roberto Mourão

Paciente JAMES DUARTE DAMASCENO Idade 21 Anos
 Médico Dr(a) MARCUS VINICIUS M. KALUME Data Req. 14/09/2017
 Convênio HOSPITAL TIBERIO NUNES Procedência: Unidade Matriz Data Emissão : 14/09/2017 00041184

Creatinoquinase Total (CK-TOTAL)

Material: Soro
Método: Cinético UV

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

Resultado: **567,40 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

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

Resultado: **1,13 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

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

Resultado: **4,2 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

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

Resultado: **139,0 mEq/L**

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

Dr. Roberto Mourão
CKT 115276

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.

DEPARTAMENTO DE SHISTROS
 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

Nome: Rosineide de Oliveira Idade: 24 Peso Ideal: 50
 Diagnóstico: SCC - Síndrome da ~~...~~ hemilaringe ~~...~~
 AVM: 40 ()TOT ()TQT DIH: DUTI: Leito: 123 Data: 14/09/2018

	Manhã	Tarde	Noite
Nível de consciência	Sedado: ()midazolam ()fentanil RASS: <u> </u> ECG:AO: <u>1</u> +RM: <u>6</u> +RV: <u>3</u> = <u>8</u>	Sedado: ()midazolam ()fentanil RASS: <u> </u> ECG:AO: <u>1</u> +RM: <u>6</u> +RV: <u>1</u> = <u>8</u>	Sedado: ()midazolam ()fentanil RASS: <u> </u> ECG:AO: <u> </u> +RM: <u> </u> +RV: <u> </u> = <u> </u>
Hemodinâmica	()estável ()instável FC: <u>28</u> bpm PA: <u> </u> / <u> </u> PAM: <u> </u> ()DVA: <u> </u>	()estável ()instável FC: <u> </u> bpm PA: <u> </u> / <u> </u> PAM: <u> </u> ()DVA: <u> </u>	()estável ()instável FC: <u>32</u> bpm PA: <u> </u> / <u> </u> PAM: <u> </u> ()DVA: <u> </u>
Padrão respiratório/ritmo	()apical ()diafragmático (x)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> </u> MV: <u> </u>	()bilateral/simétrica ()assimétrica: <u> </u> MV: <u>300 mm bases dist g. superior</u> <u>depressão</u>	()bilateral/simétrica ()assimétrica: <u> </u> MV: <u>300 mm bases com r. superior</u>
Oxigenoterapia	()AA ()CN ()Venturi ()Macro FIO2: <u> </u> % SpO2: <u> </u> % FR: <u> </u>	()AA ()CN ()Venturi ()Macro FIO2: <u> </u> % SpO2: <u> </u> % FR: <u> </u>	()AA ()CN ()Venturi ()Macro FIO2: <u> </u> % SpO2: <u> </u> % FR: <u> </u>
Mobilidade	(x)Ativa ()MMSS (x)MMII () ()Passiva ()MMSS ()MMII	(x)Ativa ()MMSS (x)MMII () ()Passiva ()MMSS ()MMII	(x)Ativa ()MMSS ()MMII () ()Passiva ()MMSS ()MMII
AVM <u>40</u> ()TOT ()TQT nº: <u>80</u> Fixação: <u> </u>	()VNI (x)VMI Modo: (x)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> </u> s FR: <u>27</u> ipm Fluxo: <u> </u> l/min C: <u> </u> R: <u> </u> Sens: <u> </u> FIO2: <u>25</u> % SpO2: <u>77</u> %	()VNI (x)VMI Modo: ()PSV ()VCV ()PCV/PIP: <u>8</u> cmH2O Ppico: <u>17</u> PEEP: <u>2</u> cmH2O cmH2O VC: <u>3+2</u> ml Tins: <u>10</u> s FR: <u>24</u> ipm Fluxo: <u> </u> l/min C: <u> </u> R: <u> </u> Sens: <u> </u> FIO2: <u>25</u> % SpO2: <u>100</u> %	()VNI (x)VMI Modo: (x)PSV ()VCV ()PCV/PIP: <u>4</u> cmH2O Ppico: <u>17</u> PEEP: <u>4</u> cmH2O cmH2O VC: <u>360</u> ml Tins: <u>10</u> s FR: <u>24</u> ipm Fluxo: <u> </u> l/min C: <u> </u> R: <u> </u> Sens: <u> </u> FIO2: <u>21</u> % SpO2: <u> </u> %
Conduta	(x)Adequação postural Cinesioterapia: ()A ()AA ()P ()R Sedestação: ()leito () ()poltrona ()deambulação Ter. respiratória: ()VNI ()THB ()TEP () ()TMR ()Exercícios respiratórios Aspiração: ()VAS ()TOT/TQT Secreção: cor/aspecto: <u> </u>	(x)Adequação postural Cinesioterapia: ()A ()AA ()P ()R Sedestação: ()leito () ()poltrona ()deambulação Ter. respiratória: ()VNI ()THB ()TEP () ()TMR ()Exercícios respiratórios Aspiração: ()VAS ()TOT/TQT Secreção: cor/aspecto: <u> </u>	(x)Adequação postural Cinesioterapia: ()A ()AA ()P ()R Sedestação: ()leito () ()poltrona ()deambulação Ter. respiratória: ()VNI ()THB ()TEP () ()TMR ()Exercícios respiratórios Aspiração: ()VAS ()TOT/TQT Secreção: cor/aspecto: <u> </u>
Ajustes da VM		<u>depressão TCE por</u> <u>depressão TCE por</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> </u> Dr. Daniel Fonseca e Silva Fisioterapeuta CREFITO: 220267-F CPF: 039.494.303-18	<u> </u> Dr. Wilson S. Martins Fisioterapeuta CREFITO: 201652	<u> </u> Dr. Francisco X. de Fozes B. Lima FISIOTERAPEUTA CREFITO: 122.854

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Lapa C
Centro-Norte CEP: 64.062-470
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.: UTI Leito 327 Data: 14/09/17

EVOLUÇÃO MULTI PROFISSIONAL

Em 13:20h paciente chegou em 4:00h em UTI e 4:00h de imediato
avaliado de acordo com base de dados. Apresenta pupilas iso-
coricas e reativas. Segue em VM+TOT em modo CPP 12x de O₂ +
Pepp 6 + Fraz 12h. Apresenta edemas e cianose em regiões periferi-
cidades bilaterais. Apresenta inquietação. AVP em 0,20. SOG para re-
vapores. SVD com débito de exato ausente desde que exato
construído. F.O em edema men rimais positivos. Segue sob
cuidados intensivos. Ass. Enf. Kellyen Rêgo

Enfermeira de Enfermagem

Em 14.09.17 às 16:00h, paciente calma, sem alertas,
segue sem dor, sem sedação, em VM+TOT, con-
ciente, orientado, SSV normal, normoglicêmico, boa
nutrição, realizada banho no leito, dieta por SVE,
com boa aceitação da dieta.

Ida Maria da Paz Oliveira
COREN/PI 825646
Enf. Enfermagem

Em 24:45h, apresentando melhora, foi então retirado o
tubo para traqueia, porém manteve-se com maxilização
em 100% = 88%, dispnêia moderada. Segue libere
triquiônica; normotensa; SVD

Silvia Regina da Costa S¹⁰⁰³
Enfermeira
COREN-PI-121022

em 08h apresenta SVD em 100% = 93%. Mantém em liberação oral
de 08h em 08h = 93%. Mantém em liberação oral
de 08h em 08h = 93%

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

L. 120

2

17-GICEMIA CAPILAR 6/6 HS	12	13	14	15
17-FISIOTERAPIA M/R				
18-FLEET ENEMA ACM				

12
 13
 14
 15

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 17 OUT 2018
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Lige C
 Centro-Norte CEP: 64.012-470
 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.: VTS Leito 127 Data: 15 / 09 / 17

EVOLUÇÃO MULTI PROFISSIONAL

Em 09:45h paciente chegou em SI: 014 no VTS e SI: 080 de unidade
mãe de cinco de lactação extenuada, apresenta pupilas isocó-
licas fotomaculadas. Respirando com esforço de R. em manobras
não, apresenta edema e cianose em membros inferiores. Não
Kiel. Em tempo um pouco inquieto. APO em MSE positivo.
Em uso de SOB para gagueira, diurese espontânea. FO em
abuso em rins hipertrofiados. Ad. em Kallium 200mg
Em 15/09/17 às 12:00h. Paciente em jejum, K⁺ 2,1
em 15/09/17 às 12:00h. Paciente em jejum, K⁺ 2,1

Em 15/09/17 às 12:00h. Paciente em jejum, K⁺ 2,1
em 15/09/17 às 12:00h. Paciente em jejum, K⁺ 2,1

Em 15/09/17 às 20:00h. Paciente admissão de 07 conforme
orientação médica.

Mateus Silva Co.
Téc. Enfermagem
cof nº 21.182.911

Em 21:00h. Paciente não aceita dieta oferecida.

Mateus Silva Co.
Téc. Enfermagem
cof nº 21.182.911

Em 22:00h Realizada higiene íntima, mal e
oculos, paciente apresenta diurese em bolsa.

Mateus Silva Co.
Téc. Enfermagem
cof nº 21.182.911

Em 16/09/17 às 02:30h Realizada higiene íntima
paciente com diurese em bolsa.

Mateus Silva Co.
Téc. Enfermagem
cof nº 21.182.911

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

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNESCNPJ: 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 FERREIRA 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:

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)





Paciente: JAMES DUARTE DAMASCENO	Idade: 21 Anos	
Médico: Dr(a) Manoel Emidio Pereira Da Rocha	Data Rxq: 15/09/2017	
Convênio: HOSPITAL TIBERIO NUNES	Data Emissão: 15/09/2017	
Procedência: Unidade Matriz		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 4,1 4,3 4,1
14/09/2017 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:
139,0 137,0 136,0 135,0
14/09/2017 13/09/2017 12/09/2017 11/09/2017


Dr. Roberto Mousinho
CREPI 0676

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.

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

Nome: Júlia Duarte Romariz 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>87</u> bpm PA: <u>130/60</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: _____	()bilateral/simétrica ()assimétrica: _____ MV: _____	()bilateral/simétrica ()assimétrica: _____ MV: <u>30 cm H2O</u>
Oxigenoterapia	()AA ()CN ()Venturi ()Macro FIO2: _____ % SpO2: <u>95</u> % FR: <u>20</u>	()AA ()CN ()Venturi ()Macro FIO2: _____ % SpO2: <u>97</u> % FR: <u>20</u>	()AA ()CN ()Venturi ()Macro FIO2: _____ % SpO2: <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: _____ cmH2O Ppico: _____ PEEP: _____ cmH2O cmH2O VC: _____ ml Tins: _____ s FR: _____ ipm Fluxo: _____ l/min C: _____ R: _____ Sens: _____ FIO2: _____ % SpO2: _____ %	()VNI ()VMI Modo: ()PSV ()VCV ()PCV/PIP: _____ cmH2O Ppico: _____ PEEP: _____ cmH2O cmH2O VC: _____ ml Tins: _____ s FR: _____ ipm Fluxo: _____ l/min C: _____ R: _____ Sens: _____ FIO2: _____ % SpO2: _____ %	()VNI ()VMI Modo: ()PSV ()VCV ()PCV/PIP: _____ cmH2O Ppico: _____ PEEP: _____ cmH2O cmH2O VC: _____ ml Tins: _____ s FR: _____ ipm Fluxo: _____ l/min C: _____ R: _____ Sens: _____ FIO2: _____ % SpO2: _____ %
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>Agapito</u>	<u>Agapito</u>	<u>Agapito</u> Dr. Francisco B. da Fonseca B. Lima FISIOTERAPUTA CREFITO: 122.054

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

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

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUN

CNPJ: 06.553.564/0103-62 Telefone: (99) 3523-1489
 GABRIEL FERREIRA, S/N, 0 - MANGUINHA - FLORIANO/PI

Número: E0112587



INTERNADO

Coletado:

Data: 16/09/2017

Paciente: JAMES DUARTE DAMASCENO
 Nome do(a): FRANCISCO DOS SANTOS FONSECA
 Convênio: SUS Leito: 0127 Enfermaria: 36

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

COSE

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

CEIA

Material: SORO
 Método: ENZIMÁTICO
 Resultado: 33 mg/dl
 Referência: 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 (Advis 50) com revólver em lâmina: Bioclinica 160 2018

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



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

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, trimetopim) 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 Mourinha
CREPI 0676

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
 Nome: JAMES DUARTE DAMASCENO Sexo: MASCULINO
 Sobrenome: FRANCISCO DOS SANTOS FONSECA Idade: 21 ANOS, 10 MESES, 2 DIAS
 Ponto de Atendimento: SUS Leito: 0127 Enfermaria: 36 Impresso: 16/09/2017

GRAMA

HEMOGLOBINA	10,2 g%		12,0 a 17,5 g%
HEMATÓCITOS	3,50 milhões/mm ³		4,5 a 5,9 milhões/mm ³
HEMATÓCRITO	29,9 %		40 a 52 %
PLAQUETAS	239.000 /mm ³		150.000 a 400.000 /µL
PLAQUETAS	239.000 /mm ³		150.000 a 400.000 /µL

GRAMA

NEÚTRÓFILOS	88 %	0	36 a 66 % 2000 a 7500 /mm ³
LÓCITOS	0 %	0	0 a 1 % Até 100 /mm ³
MONÓCITOS	0 %	0	0 a 4 % Até 400 /mm ³
ESQUIMÓFILOS	0 %	0	0 a 1 % Até 100 /mm ³
PLAQUETAS	239.000 /mm ³		150.000 a 400.000 /µL

SERVAÇÕES
 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 60) com revisão em lâmina: Biocytica (Bio-200)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 OPAI
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 17 OUT 2018
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 495 Lige 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 Quate Damasceno

End.: _____ Leito 124 Data: 16/09/17

EVOLUÇÃO MULTI PROFISSIONAL

Paciente chegou no 6º dia de DIT em UTI, Glasgow: E-O-NT, V-3, M-6 = 9!
Paciente apresentando edema e equimose periorbital, esclera discreta de
coloração icterícia, hiperemia da pupila esquerda e optocoroides, -
paciente reflexivo, respirando espontâneo e SP MV+ de com PVE em
RT, abd. maciço e ruídos hidroaeráceos presentes e hiperativos. Paciente
apresenta resposta ao comando: movimentação de MMSS e II. Rota
realizada por VO, diurese por DV. Mantém 55VV estáveis. Clínica Médica
DOENÇAS 411.317
Com 2000h paciente segue consciente, cooperativo e orientado
para pessoas e coisas, 55VV estáveis, respondendo os
comandos. G. Ruyhina Rio 24/1484

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 955 Loja C
Centro - Maceió

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		IDADE		UTI/LEITO	
JAMES DUARTE DAMASCENO		21		127	
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA					
D6 UTI TCE GRAVE/FACEDENTE 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 + DIURESE: ESPONTANEA					
DATA/HORA		PRESCRIÇÃO MÉDICA			
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 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- DIFERONA- 02ML +AD. EV. <u>ACM</u> 08- BROMOPRIDA- 01 AMP+AD. EV. <u>ACM</u> 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 GLUC<80MG/DL 13- DVA. EV. BIC. <u>ACM</u> NORADRENALINA-----16ML SG 5%-----234ML 14- MORFINA 1ML + AD 9ML FAZER 2ML. EV. <u>ACM</u> 15- HALDOL 1ML IM <u>ACM</u> 16- ANLIDIPINO 10-01 COMP. SNE. SE PAID>100 OU PASS>160			
		HORÁRIOS 06:30 - 14:30 14:30 - 18:30 18:30 - 06:30 06:30 - 14:30 14:30 - 18:30 18:30 - 06:30			
		08 08 08 08 08 08			

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO 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/VESTRIR-SE	<input type="checkbox"/> Orientar/colocar itens pessoais descolados a cabeceira do leito ou banheiro <input checked="" type="checkbox"/> Realizar/auxiliar banho no leito <u>1</u> vez/dia <input type="checkbox"/> Orientar/auxiliar banho de aspersão <u>0</u> vez/dia <input type="checkbox"/> Monitorar a integridade da pele <input checked="" type="checkbox"/> Realizar/auxiliar a higiene íntima <u>0</u> vez <input checked="" type="checkbox"/> Auxiliar/orientar o paciente a vestir-se <u>0</u> vez <input checked="" type="checkbox"/> Orientar/auxiliar na higiene oral e ocular <u>0</u> vez <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, turgor, edema, e ulcerações () Providenciar colchão de ar sobreposto <input type="checkbox"/> Realizar/auxiliar mudança de decúbito de <u>1</u> hora <input type="checkbox"/> Manter contatos 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 UPP nos Calcaneos: - Reposicionamento na posição a 30º	RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO OUTROS	<input type="checkbox"/> Confirmar posicionamento da SNG <input checked="" type="checkbox"/> Aspirar VRS antes de cada dieta ou medicação <input type="checkbox"/> Administrar 20-30ml 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> dia <input type="checkbox"/> Manter CABECERA ELEVADA A <u>30</u> º <input checked="" type="checkbox"/> () verificar e anotar SSVV <u>0</u> vez <input type="checkbox"/> Trocar frasco da SNG/TOT/TQT S/N <input checked="" type="checkbox"/> Medir e anotar: Debito urinário <u>0</u> vez Volume de drenos <u>0</u> vez <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>30</u> º
RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO	RISCO DE QUESA	<input type="checkbox"/> Criação de um ambiente de cuidado seguro: uso de calçados e iluminação adequada; <input type="checkbox"/> Orientar o paciente a somente levantar-se do leito acompanhado do profissional; <input checked="" type="checkbox"/> Manter o paciente confortável; <input type="checkbox"/> Disponibilizar equipamento de auxílio a marcha quando necessário e Auxiliar na deambulação <input type="checkbox"/> Alocar os equipamentos de maneira a facilitar a movimentação no leito; <input type="checkbox"/> Adequar os horários dos medicamentos que possam causar sonolência; <input checked="" type="checkbox"/> Manter grades da cama sempre elevadas; Manter cama baixa e rodas travadas	
() PELE INTEGRAL NA ADMISSÃO	PERICULO SENSACIONAL 1- endurecimento 2- eritema 3- eritema 4- inchaço 5- bolhas 6- feridas 7- descamação 8- alteração de cor 9- alteração de temperatura 10- alteração de tato	UTILIZACAO 1- Completamente resolvido 2- parcialmente resolvido 3- parcialmente resolvido 4- não resolvido	NUTRICAO 1- muito pobre 2- pouco pobre 3- adequada 4- excelente
() RISCO AUTO (0 A 12 PONTOS) () RISCO MODERADO (13 A 14 PONTOS) () RISCO BAIXO (>15)	ATIVIDADE 1- arcaico 2- confuso e caótico 3- arcaico 4- adequado 5- excelente	MODIFICACAO 1- totalmente resolvido 2- parcialmente resolvido 3- parcialmente resolvido 4- não resolvido	PROBLEMA 1- problema 2- problema em parte 3- problema em parte 4- problema em parte
TOTAL: <u>13</u>			

ASSINATURA DO ENFERMEIRO: Ronaldo Pass Landim Alves
 ENFERMEIRO
 CONFRM Nº: 515.236

COREM: Ronaldo Pass Landim Alves
 ENFERMEIRO
 CONFRM Nº: 515.236

DEPARTAMENTOS DE SINGROS
 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 Idade 21 Anos
Médico Dr(a) Érico B. Sena Data Req. 17/09/2017
Convênio HOSPITAL TIBERIO NUNES Procedência: Unidade Matriz 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	12/05/2017

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	12/05/2017

Dr. Roberto Moysinho
CRM 10676

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: 42.001-420

Exame: E0112678  INTERNADO Coletado: Data: 17/09/2017
 Paciente: JAMES DUARTE DAMASCENO Sexo: MASCULINO
 Médico(a): ÉRICO B. SENA Idade: 21 ANOS, 10 MESES, 2 DIAS
 Convênio: SUS Leito: 0127 Enfermaria: 36 Impresso: 17/09/2017

MOGRAMA

Anal:
 Odo:

MOGRAMA			
HEMÓCITOS	3,59 milhões/mm ³		4,5 a 5,9 milhões/mm ³
HEMOGLOBINA	10,4 g%		12,0 a 17,5 g%
HEMATÓCRITO	30,5 %		40 a 52 %
CM	84,96 u ³		80 a 100 U ³
CM	28,97 pg		26 a 34 pg
HCM	34,10 %		31 a 36 %
SERVAÇÕES			

MOGRAMA			
LEUCÓCITOS	14.900 mm ³	0	4.500 a 11.000 /mm ³
NEUTRÓFILOS	0 %	0	0 a 1 % Até 100 /mm ³
LÍMPHOCITOS	0 %	0	0 a 4 % Até 400 /mm ³
MONÓCITOS	3 %	0	36 a 66 % 2000 a 7500 /mm ³
PLAQUETAS	86 %	0	0 a 1 % Até 100 /mm ³
ERITRÓCITOS	0 %	0	0 a 4 % 100 a 400 /mm ³
PLAQUETAS	1 %	0	20 a 40 % 900 a 4400 /mm ³
PLAQUETAS	9 %	0	2 a 8 % 200 a 800 /mm ³
PLAQUETAS	1 %	0	
PLAQUETAS	0 %	0	100%
PLAQUETAS	100,00		
PLAQUETAS	276.000 /mm ³		150.000 a 400.000 /µL
SERVAÇÕES			
PLAQUETAS			

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 17 OUT 2018
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-479
 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.: UTI Leito 127 Data: 17/09/17

EVOLUÇÃO MULTI PROFISSIONAL

15:00h Exame no 7º dia em UTI, Fe DPO de hematoma extra-
dural, por TCE grave por acidente motociclistas conserto,
na face esquerda, com DVA, hemorragia cerebral, sint
por SVD, sangue por SVD com dentes amarelo claro.
Sua vigilância e cuidados de enfermagem Paulo de Al5
na UTI, ASSURADA VAGA NA ALA 'C'.

[Handwritten signature]
Enfermeiro

18:15h Paulo encaminha para Ala C. com acompa-
nho de enfermeiro

[Handwritten signature]
Enfermeiro

18:20h, paciente elenar, regulado (diga) no 7º DPO de
hematoma extradural, por TCE grave por acidente motociclistas,
após sua entrada, após desarmamento, com sua entrada de dente
na região posterior, apresenta hematoma em olho (D), pele íntegra,
sem lesão SVD puncionante. Visto da UTI, admitido neste setor
para tratamento clínico.

André Eduardo C. Carvalho
Enfermeiro
COREN-PI: 275514

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Almeida, 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: <u>Jairo Duarte Damasceno</u>
Data: <u>17/08/18</u> Leito: <u>127</u> Idade: <u>21</u> DIHHospitalar: <u>0</u> DIHUTI: <u>7</u>

Problemas clínicos: TEG para (medida profilática)
70000 dias de sanatório subclínico

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

Dados da enfermagem:

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

Dados clínicos: paciente consciente, orientado sobre o ambiente em sala de UTI.

Despertar diário: () Sim; () Não; () Não se aplica. Glasgow: 4 + 5 + 6 = 15 RASS: _____
 Neurológico: () Pupilas reagentes, isocóricas; () pupilas anisocóricas, E7D, FTR
 Cardiovascular: () RCR em 2T, BNF SS; () _____
 FC: 76 bpm PA: _____ mmHg PAM: _____ mmHg Sto2: 98 %
 Ventilação: () Espontâneo; () Cateter nasal; () Venturi; () VNI; VM: () PS; () PCV; () VCV PEEP: _____ FIO2: _____
 Respiração: () MV + AHT, sem RA; () _____
 Abdome: () Depressível, sem VMG, RHA, + ; () _____
 Extremidades: frías, com perfusão em sala

Conduta: alta da UTI

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

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 motociclístico) + 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 LIQUIDA 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- 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-	

Dr. Daniel Ferreira e Silva
 CRM-PT 6138

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
 FLORIANO - PIAUÍ
 CONFERE COM O ORIGINAL
 DATA 21/10/18
 ASSIN.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 11 OUT 2018
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro-Norte C2-PI, 64.002-470
 Teresina-PI



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

EVOLUÇÃO DE FISIOTERAPIA

DATA: 21/09/17 HORÁRIO: :

fisioterapia w/p

Dr. Igor Klingor
 FISIOTERAPEUTA
 CREFITO-92158-F

DATA: 22/09/17 HORÁRIO: :

fisioterapia w/p

Dr. Igor Klingor
 FISIOTERAPEUTA
 CREFITO-92158-F

DATA: 25/09/17 HORÁRIO: :

fisioterapia w/p

Dr. Igor Klingor
 FISIOTERAPEUTA
 CREFITO-92158-F

DATA: 28/09/17 HORÁRIO: :

fisioterapia w/p

Dr. Igor Klingor
 FISIOTERAPEUTA
 CREFITO-92158-F

DATA: / / HORÁRIO: :

03.02.02.001-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03.02.01.002-5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03.02.06.003-0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03.02.04.002-1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

03.02.05.001-9	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
03.02.06.002-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03.02.04.001-3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03.02.01.002-5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DEPARTAMENTO 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
 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: José Duarte

End: _____ Leito 07/36 Data: 01/10/17

EVOLUÇÃO MULTI PROFISSIONAL

As 09:00 hrs, realizada curativo em incisão cirúrgica localizada no pescoço, a mesma apresenta exúscio maciço, em utilização gaze, atado com a esparadrapo higienizado limpeza com SF09 e desinfecção com oxidação 100% IOPS. Frederico Rocha


Frederico Rocha
CRM-PI: 264.021

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

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

L. 120

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA/HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	IDADE	UTI/LETO
23/09/2017	<p>01- DIETA VIA ORAL, LÍQUIDA-PASTOSA</p> <p>02- JELCO SALINIZADO</p> <p>03- RANITIDINA 50MG EV 12/12H</p> <p>04- CLINDAMICINA- 600MG+100ML-SF 0,9%, EV, 6/6 HS</p> <p>05- DIPIRONA- 01 AMP+AD, EV, 6/6 HS, SE DOR OU FEBRE //</p> <p>06- BROMOPRIDA- 01 AMP+AD, EV, 8/8 HS, SE VÔMITOS //</p> <p>07- FENITOINA- 02ML+18ML-AD, EV, 12/12 HS</p> <p>08- ANLIDIPINO 10-01 COMP, VO, SE PAD>100 OU PAS>160 //</p> <p>09- IINSULINA REGULAR CONFORME HGT <180-00 201-250-04U 301-350-08U 181-200-02U 251-300-06U >351-10U</p> <p>10- GLICOSE 50% 04 AMPOLAS EV SE GLIC->80MG/DL</p> <p>11- MORFINA 1ML + AD 9ML FAZER 2ML, EV, ACM //</p> <p>12- HALDOL 1ML IM ACM //</p> <p>13- GICEMIA CAPILAR 8/8 HS</p> <p>14- FISIOTERAPIA M/R</p> <p>17- SSVV+CCGG</p>	21	27/76

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

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
 FLORIANO - PIAUÍ
 CONFERE COM O ORIGINAL
 DATA 23/09/2017
 ASSIN.

DR. G. Ramalho, Especialista
 MÉDICO
 CRM: 19277-DF-493.000.005

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	

U1- UICINA SAU UNAL, LIQUIDA-PASTOSA

02- JELCO SALINIZADO

03- RANITIDINA 50MG EV 12/12 HS

04- CLINDAMICINA- 600MG+100ML-SF 0,9%, EV, 6/6 HS (5-7 dias)

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- ANLÓDIPINO 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 2,5ML, EV, ACM

12- HALDOL 1ML IM ACM

13- GICEMIA CAPILAR 8/8 HS

14- FISIOTERAPIA M/R

17- SSVV+CCGG

DESEMPENHOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coentro de Resende, 225 Loja C
Centro - Ipiranga CEP: 64.012-470
Teressina-PI

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES
FLORIANO - PIAUI
CONFERE COMO ORIGINAL
DATA 20/10/2017
ASSIN. [Signature]

12/10/17
[Signature]

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.: _____ Leito 27AG Data: 24/09/17

EVOLUÇÃO MULTI PROFISSIONAL

15 14h exat values, convicte, pouco de sono
tado, pouco comunicativo, eupórico, afebril,
sem queixas algicas, PA= 110x70 mmHg, P=74bpm
AGT= 84 ug/dl

Alameda Tibério Nunes, 500
Tél. 0800 080 080
2009/09/27/2017

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DIFVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coentro de Resende, 155 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-478
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

NCMIE DO PACIENTE	IDADE	UTI/LEITO
JAMES DUARTE DAMASCENO	21	
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	PRESCRIÇÃO MÉDICA	
24/09/2017	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- DÍPIRONA- 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- ANIODIPINO 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	

07/22hs verificado

08/24hs verificado
 09/24hs verificado
 10/24hs verificado
 11/24hs verificado
 12/24hs verificado
 13/24hs verificado
 14/24hs verificado
 15/24hs verificado
 16/24hs verificado
 17/24hs verificado

18/24hs verificado
 19/24hs verificado
 20/24hs verificado
 21/24hs verificado
 22/24hs verificado
 23/24hs verificado
 24/24hs verificado

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
 FLORIANO - PIAUÍ
 CONFERE COM O ORIGINAL
 DATA 25/10/2017
 ASSIN. [Assinatura]

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAF
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 17 OUT 2018
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 625 Lote C
 Centro-Novo 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

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 COLUNA 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- IINSULINA 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		

→
vire

Signature: *[Handwritten Signature]*
 Nome: *[Handwritten Name]*
 CRM-PI 01550

Dr. Igor Klinger
 FISIOTERAPEUTA
 CREFITO-02135-P

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
 FLORIANO - PIAUÍ
 CONFERI. COMO ORIGINAL
 DATA 25/10/2018
 ASSIN. *[Handwritten Signature]*

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES/ FLORIANO- PIAUI

CLINICA MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLINICA	ENF. OU APT	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
JAMES DUARTE DAMASCENO			27	76	
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA					
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA					
TC GRAVE(ACIDENTE MOTOCLÍSTICO) + 12ª 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, 6/6 HS				
	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- 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				

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

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES
FLORIANO - PIAUI
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 25/09/2018
ASSIN. [Assinatura]

Observações manuscritas: 54h post colapso consciência, pouco de vomitadas e febre. 12 dias internado em Unidade de Cuidados Intermediários. PA=140/70mmHg, FC=80 bpm, HGT=98 mg/dL. 04 dias em UIC, 9 dias em UTI. 100x gormonoterapia. Monitoria de Sinais vitais. 08/09/18

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					
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	QUANT	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES	
28/09/2017	01- DIETA VIA ORAL, LIQUIDA-PASTOSA			HORÁRIOS	
	02- JELCO SALINIZADO			AS 14h para cabu	
	03- RANITIDINA 50MG EV 12/12 HS			de 14h para cabu	
	04- CLINDAMICINA- 600MG+100ML-SF 0,9%, EV, 6/6 HS			de 14h para cabu	
	05- DIFIRONA- 01 AMP+AD, EV, 6/6 HS, SE DOR OU FEBRE			de 14h para cabu	
	06- BROMOPRIDA- 01 AMP+AD, EV, 8/8 HS, SE VÔMITOS			de 14h para cabu	
	07- FENITOINA- 02ML+18ML-AD, EV, 12/12 HS			de 14h para cabu	
	08- ANLIDIPINO 10-01 COMP, VO, SE PAD>100 OU PAS>160			de 14h para cabu	
	09- INSULINA REGULAR CONFORME HGT: <180-00 201-250-04U 301-350-08U 181-200-02U 251-300-06U >351-10U			de 14h para cabu	
	10- GLICOSE 50% 04 AMPOLAS EV SE GLUC<80MG/DL			de 14h para cabu	
	11- MORFINA 1ML + AD 9ML, FAZER 2,5ML, EV, ACM			de 14h para cabu	
	12- HALDOL 1ML IM ACM			de 14h para cabu	
	13- GICEMIA CAPILAR 8/8 HS			de 14h para cabu	
	14- FISIOTERAPIA M/R			de 14h para cabu	
	17- SSVV+CCGG			de 14h para cabu	

Dr. Igor Klingner
FISIOTERAPEUTA
CREITO-92788-F

Dr. Francisco Fonseca
MÉDICO
CRA 1927 CRP-18846-01

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Costa do Regente, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.022-470
Tere-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: Jana Duarte Damasceno

End.: _____ Leito 23126 Data: 29/9/17

EVOLUÇÃO MULTI PROFISSIONAL

Em 29/9/17 já 22:00h, adulta magra, consciente, deambulava com auxílio da Enfermeira, em APF, MSU, sem inapetência, eliminação urinária presente de cor amarelo escuro, de fezes presentes (SFC), ao exame físico auscultação pulmonar presente, bulhas raras - ritmo irregular em dia tempo. A 21:30h, respirado 20x, PA = 130x60 mmHg, P = 65 bpm, R = 20 comp, TAX = 36.4%.

Suzana de Souza Sena
ACD - BGE - RASIF
14161034

Jólio Pereira da Silva
COREN-PI 256.347
Enfermeiro

DEPARTAMENTO DE SIGTROS
DVIAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 425 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

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
 às 09:41:46 do dia 22/11/2017. (hora e data de Brasília)
 dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



POLEGAR DIREITO



A SERRAVALIA DO TITULAR
James Duarte Damasceno
 0067229

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DEPARTAL **3.811.919** DATA DE EXPEDIÇÃO **01/10/12**

NOME **JAMES DUARTE DAMASCENO**

SOBRENOME **JOCIENE DUARTE DAMASCENO**

NATURALIDADE **JERUJEMA-PI** DATA DE NASCIMENTO **08/11/1995**

DOC. PRESENTE **CERT. NAAC. 65389 L 106 F 92**

CPF **EXP NUCLEO BANDEIRANTE-DF 24/08/99**

TELEFONE - M

ASSEMBLEIA DE PROTEÇÃO
 LEI Nº 7.113 DE 20/08/83 - DECRETO Nº 88.250/03

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1012642520

NOME
AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

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

CPF
077.532.253-91

DATA NASCIMENTO
02/03/1954

FILIAÇÃO
JOAO ODORICO FERREIRA
LUIZA MARIA DA CONCEICAO FERREIRA

PERMISSÃO

CAT. HAB.
AC

Nº REGISTRO
03326825915

VALIDADE
10/12/2019

Nº HABILITAÇÃO
06/01/1981



OBSERVAÇÕES

Agustinho Ferreira do Nascimento
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FLORIANO

DATA DE EMISSÃO
18/12/2014

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

55065857216
PI314035559

PROIBIDO PLASTIFICAR

1012642520

DETRAN-PI (PIAUI)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
COMPANHIA SEGURADORA S.A.
Cidade de Natal - RN - 550-150 C
Av. Norte - 2271 - 550-150-470
Florianópolis - PI

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 902004 568346 Nº 011715853053
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 1035264363

EXERCÍCIO 2015

ADELMAR ALMEIDA DE MIRANDA

88856313391

PLACA ANT / UF -

88856313391

PLACA - PI0-8190

CHASSIS -

9C6KE1P50F0043080

COMBUSTÍVEL - GASOLINA

PAR/MOTOCICLO/NEH/HA

YAMAHA/YBR125 FACTOR K1

CATEGORIA - PARTIC

BRANCA

VENÇ. COTA UNICA - 1º - IPVA - 2º - PAGO - 3º - PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) - IOF (R\$) - PREMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO

129,03 - 1,10 - 130,13 - 2/12/2015

SEGURO SEGUIPAGO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES -

A/FIDUCIUM BANCO PAGO S/A OBRIGATORIO
 NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

TERESINA

LOJA *Teresina*

2/12/2015

WAGNER MARTINS SOARES LOBATO
 DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PELOS SOBRIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, E PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PI Nº 011715853053

BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO 2015

DATA EMISSÃO 2/12/2015

VIA 1

88856313391

PLACA - PI0-8190

RENAVAM 1035264363

YAMAHA/YBR125 FACTOR K1

ANO FAB 2014

NO CHASSIS 9C6KE1P50F0043080

PREMIO TARIFARIO

129,03 - 14,33 - 143,36

CUSTO DO BILHETE (R\$) - IOF (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)

4,15 - 1,10 - 292,01

DATA DE EXATITÃO 19/10/2015

COTA UNICA

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.248.899/0001-04
 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: Floriano

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 cranio-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 cranio-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: Florianópolis

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: Florianópolis

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 RTD
Titular: Maria de Carvalho Gonçalves
Praça Francisco Nunes, 887 - Centro - Fone (89) 3522-1825

REQUERIDO 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 Vieira Soares
DILMA VIEIRA SOARES - Tabelião Substituída

3º Ofício de Notas e Reg. Imóveis 2º Circ
Praça Francisco Nunes, 887 - Centro
Floriano-PI. Fone/Fax: (89) 3522-1125
MÁRIA DE CARVALHO

Selo de Fiscalização e Autenticidade Poder Judiciário Estado do Piauí Atos 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 Loja 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

Vitima: 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.

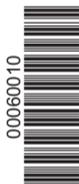
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

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





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: INTERRUÇÃO 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 ASI: **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: **Ruano** Endereço: **Rua José Araújo** Número: **S/N** Complemento: **-**
 Bairro: **Zona Rural** Cidade: **Jerumenha** Estado: **PI** CEP: **64.830-000**
 E-mail: **-** Telefone: **89-35212793**

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)
 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** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir)
Opção: 013

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.

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

DEPARTAMENTO DE REGISTROS DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 03 MAI 2019
 BENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 - Loja C
 Centro - Norte CEP: 64.002-470
 Teresina - PI

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
Vivos Falecidos
 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 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: _____
 (*) Assinatura de quem assina A ROGO

James Duarte Damasceno
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
 1ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura: _____
 2ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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 - POUANÇA 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 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: 15495311

NESILIA DOS SANTOS PEREIRA DE SOUSA

R. JOSE ARAUJO BARBOSA, S/N ,

B-RURAL

64830000 JERUMENHA

PI

CÓDIGO ÚNICO 8900760	MÊS 12/2018	PERÍODO DE CONSUMO 26/11/2018 a 24/12/2018
CONSUMO (kWh) 169	VENCIMENTO 01/01/2019	TOTAL A PAGAR 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 PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO 8900760	MÊS 12/2018	TOTAL A PAGAR 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	CEP 64.830-000
Email -			Telefone (DDD) 81-35212793

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)	
AGÊNCIA NRO. 0638 D/V (Informar dígito se existir)		BANCO Nome _____ NRO _____	
CONTA NRO. 9803 D/V 9 (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	
		CONTA NRO. _____ D/V _____ (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 Pi. 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 DAMASCEM

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 DIAS
OSCONTA 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

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br



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 CPE: 628.487.743-98

Profissão: Rua Endereço: Rua José Anaupe Número: 510 Complemento: -

Bairro: - Cidade: Juazeiro Estado: PI CEP: 64.830-000

E-mail: - Tel. (DDD): 89-35212793

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)

AGÊNCIA: 0638 CONTA: 98603 9

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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 a apresentação, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantidade de sequelas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia e exclusiva avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 28 DEZ 2018
 GENTE SE PEDIDO.
 Rua CAVALCANTI, 100 - JARDIM
 Centro - Juazeiro - PI
 CEP: 64.002-470

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

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data: Juazeiro-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) _____

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.**

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 P
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

Ovidona 0800 725 7474

caixa.gov.br

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas 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?

Sim () Não

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

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 susceptíveis 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

479732

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

Ano: Placa: Chassi:

2015 PIG8190 9C6KE1950F0043080

Renavam:

1035264363

Cor:

Branca

Condutor: JAMES DUARTE DAMASCENO

RG: 3811919 Órgão: UF RG: PI

End: BARRA DO LANÇA Número: Complemento:

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

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

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 104346.002227/2018-11

Complementar ao BO Nº: 104346.002224/2018-88

Delegado de Polícia

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

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 interdita 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 Lda C

Senha 20

JAMES DUARTE DAMASCENO CPF: - RG: 3811919 - SUS:
 Nasc.: 08/11/1995 Idade: 21 ANOS, 10 MESES, 2 DIAS Profissão: LAVRADOR Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64830-0
 End.: BARRA DO ALCANTARA, 0 Bairro: Cidade: JERUMENHA/PI
 Cor: SEM Telefone: () Mãe: JOCILENE DUARTE DAMASCENO Pai:
 Clínica: CLINICA MEDICA Documento: 0000 - HOSPITAL TIBERIO 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: *Peto estomaco de quibus il note (350), do qual saia, com ulceroes foveolares e gastrite.*

Exame clinico/fisico: *A. observada bruna corao normal (patina?), do qual saia sangue escuro; ausculto normal*

Diagnostico provavel: *B. baixa ingestão de alimentos
 C. gastrite, PH = 130 x 120. FC: 70, peso 60kg*

Medicação: *D. Fungos 12 (0,4v) -
 E. ulcero foveolares (patina de pepsina?) -
 Nenhum plano, fisico, dependente, mas com ulcero foveolares.*

Procedimentos/exames realizados: *U: @ SF 0,9% 1000 ml, b1, 40 g de soro
 @ Soluço 7C como, para teste.*

EDU 2001
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
 NOME: JAMES DUARTE DAMASCENO
 HORÁRIO: 10:10 17:58:50
 ASS: TECNÓLOGO

Handwritten signature
 Maria Holanda
 Gurgéria Geral
 CRM-PI 4657

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
 FLORIANO - PI
 CONFERE COM O ORIGINAL
 DATA: 07/10/2017
 ASSIN: *[Signature]*

Paciente apto para alta, impossibilidade de realizar exames de rotina Sol. 9090
 1. Medicação - 01 caixa 1A sel estom de 02 500mg
 2. Análise de fezes
 3. Exame visual de urina
Ferreira / James Almeida

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 11 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 405 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-170

Handwritten signature
 Esmeralda Silva Lima
 Médica
 CRM-PI 6446



Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0890076-0

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
 Av. Maranhão, 710 - Centro/Sul - Teresina - PI
 CNPJ (Insc. Estadual) 08.900.000-00 | Insc. Estadual: 19.201.283-8
 Insc. Federal: 06.708.000/0001-01 | Insc. Estadual: 19.201.283-8
 Insc. Estadual de Imprensa: autorizada pela SEFAZ/PI/05

Nº da Mesa Fiscal 003465489

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.420 de 25 de abril de 2002

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

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

ROT: 198.819.14.83.020300

DADOS DA LECTURA		DATAS DA LECTURA	
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	Fimicte	19/03/2018
Consumo Faturado	117	Apresentação	21/03/2018
		FCAM	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Localidade	Numero Medidor	Posto	Código Fat.	Módulo 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1103486		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. ILUMINAÇÃO PUB (COST) 7,00
DEZ/17 162	
NOV/17 274	
OUT/17 268	
SET/17 349	
AGO/17 174	
JUL/17 246	
JUN/17 218	
MAI/17 248	

ATENÇÃO: CUIDADO COM OS MOSQUITOS IMPORTANTES / REVISÃO DE VENCIMENTO
 CUIDADO COM OS MOSQUITOS DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL
 CUIDADO COM OS MOSQUITOS DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL
 LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
 Parabéns! Até o dia 19/03/2018, não constatamos faturas vencidas
 nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCAL: BE30.B036.D1BC.2C1D.2160.FD0C.E493.D2FA

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

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC	FIC	DMIC	DICR
Consumo	0,00	0,00	0,00	0,00
Aluguel	0,00	0,00	0,00	0,00

0,00 R\$ DE SINISTROS
 0,00 PVAT
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO
 01/2018
 17 OUT 2018
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI



Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

1335477-9

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 739 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 18.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAZ/PA/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.

COSTA 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 Mensal:		203	Errores:	21/09/2018
Consumo Pat. Atado:		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. (CO&IP)	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 - 0,504950			

MENSAGENS IMPORTANTES / SERVIÇO 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 GESTÃO
DPIVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
17 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Azevedo, 403 Loja C
Centro-Novo CEP: 64.002-470
Teresina-PI

RESERVADO AO FISCO

38E9 BASS 5EE8 2AC8 55E9 6D4A 4317 DBEA

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



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
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 18.301.383-5

Nº da Nota Fiscal: 011537205 FCAM

83640000001 1 93670017000 9 00000001335 9 477909180008 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 8900760	MÊS 11/2018	PERÍODO DE CONSUMO 23/10/2018 a 26/11/2018
CONSUMO (kWh) 225	VENCIMENTO 03/12/2018	TOTAL A PAGAR 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



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

836200000021.095300170008.000000008904.076011180056

