

Screenshot of a web browser showing a legal document viewer interface.

The title bar shows multiple tabs including "Controle de...", "Audiências", "Upload", "Acesso 1º", "Consulta pr...", "0800840-06...", "Merge PDF", "WhatsApp", "Caixa de en...", and others.

The main content area displays a document titled "10750957 - CONTESTAÇÃO (2733442 CONTESTACAO 01)" dated "13 Jul 2020".

A sidebar on the left lists several documents:

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 10750945 - CONTESTAÇÃO (2733442 CONTESTACAO 01)
 - 10750963 - DOCUMENTO COMPROBATORIO processo administrativo
 - 10750967 - DOCUMENTO COMPROBATORIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 10750969 - DOCUMENTO COMPROBATORIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 10750971 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

The central panel shows a preview of a document page from "downloadBinario.seam" with the date "1 / 10". The page features the logo of "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS" and the text "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BURITI DOS LOPES/PI".

The bottom status bar shows system icons and the date/time "10:52 13/07/2020".



Número: **0800840-06.2019.8.18.0043**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Buriti dos Lopes**

Última distribuição : **28/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Imputação do Pagamento**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO (AUTOR)	JOAQUIM CARDOSO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10750 963	13/07/2020 10:52	processo administrativo	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
1510427-3

006903309

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impostos autorizado pela SEFAZ/DE/PI

Nº da Nota Fiscal
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.428 de 29 de abril de 2002.

DATA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO	TOTAL R\$
JUNHO/2018	18/06/2018	193	174,21

VALDENIR GOMES NUNES
PV MALHADA GRANDE S/N B-RURAL
CPF: 00064065223326
CEP: 64.233-000 - CARAUBAS DO PIAUÍ ROT: 129.339.07.84.012010

DETALHAMENTO DA LEITURA	DATA DA LEITURA
Atual:	11/06/2018
Anterior:	10/05/2018
Constante de Multiplicador:	12/07/2018
Consumo Médio:	08/06/2018
Consumo Faturado:	11/06/2018
NORMAL	32

DETALHAMENTO DA UNIDADE CONSUMIDORA		DATA DA LEITURA
Classificação:	Ligação:	Máscara Medidor
RESIDENCIAL	MONO	A1667086
		Código Faz. 1.1.1.1 164
		Média 12 meses
HISTÓRICO DE CONSUMO	RESUMO DA CONTA	
MAI/18 143	CONSUMO 193 A R\$ 0,787140 =	151,91
ABR/18 146	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	22,36
MAR/18 171	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 1,26	
FEV/18 143	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 5,31	
JAN/18 210		
DEZ/17 180		
NOV/17 188		
OUT/17 191		
SET/17 166		
AGO/17 141		
TIFFA SEM TRIBUTOS:		
8 A 193 = 0,577648		

MENSAGENS IMPORTANTES / PREVISÃO DE VENCIMENTO

Mes/Año Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 20/06/2018, em função das condições resultantes nessa fatura. O não pagamento das parcelas visando evitar a inclusão do nome do consumidor na SICRA, informando ainda existiriam cobranças vencidas e/ou reavaliadas no valor de R\$ 125,96 (valor histórico). Caso tenha sido feito o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 1692.270E.1804.04CD.A5CF.9817.3747.A662

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/REFLETIBOS - R\$	
Distribuição:	31,84	Bases de Cálculo:	151,91
Energia:	60,53	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	9,52	Valor da ICMS:	33,42
Encargos:	9,64	Valor da PIS:	1,24
Tributos:	40,38	Valor da COFINS:	5,72

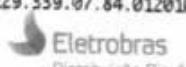
INDICADORES DE CONTINUIDADE

7,66	15,33	30,65	3,86	7,73	15,45	4,31
0,00				0,00		0,00

TABULEIRO

04/2018 42,58

ROT: 129.339.07.84.012010



SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
1510427-3	174,21

MÊS FATURADO	VENCIMENTO
06/2018	18/06/2018

Nº da Nota Fiscal: 006903309 FCAM

8363000001 2 74210017000 7 00000001510 7 42730618008 9



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 WALDEMIRO GOMES RUMES inscrito (a) no CPF 040.652-233-26, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Denilson José da Rocha de Arroyo inscrito (a) no CPF sob o N°071.548.783-39, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Denilson José da Rocha de Arroyo, inscrito (a) no CPF sob o N°071.548.783-39, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2018

BENTO SEGUROADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.000-000

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LíderDPVAT, 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 Malhada Grande</u>	Número	<u>51/</u>	Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>RURAL</u>	Cidade	<u>CARUJUBAS-PI</u>	Estado	<u>PI</u>
Email	<u>Waldemir_gomes29@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>86/998346526</u>	Telefone celular (DDD)	<u>86/998410689</u>

CARUJUBAS-PI .05 de JULHO de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 SET 2018

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



Dr. Felipe Machado
ORTOPEDISTA
MEDICINA DO TRABALHO
CRM-PI 3658

Denilson Jose da Rocha de Araújo
LAUDDO AO DPVAT

Paciente sofreu Acidente de Trânsito em 25/12/2017, com Traume Crânio Encefálico evoluindo com Síncope. Submetido a Intervenção por 10 dias. Até Clínica, Perde função 50% crânio devio de déficit neuroológico e psiquiátrico de Função, disabilitade, distúrbio de comportamento, hemotoma subgaleo frontal; parietal à Direita; Cefaleia Recorrente.


Dr. Felipe Machado
Ortopedista/Médico do Trabalho
CRM-PI 3658 | TEOF 10576

10/08/18

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 SET 2018

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



HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
RUA ROCHA DE ARAUJO, 110
FONTEIRAS - PI - 64210-047
CNPJ: 0655264015593
(86) 3223-7198 - ()

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)
Atendimento: P034-311 Reg. Atend: 45533
Data: 25/12/2017 Hora: 07:01:00
Funcionário: MAYRA LIMA TI: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
Senha 27 SUS

DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO
Nasc.: 23/10/1999 Idade: 18 ANOS, 2 MESES, 2 DIAS Profissão:
End.: RUA ADRIAO PORTELA, 91 - Bairro: CAIXA DA AGUA Cidade: CAXIAS DO PIAUÍ
IBGE: 2202539 Cor: SEH Mãe: ORLENE MARIA DA ROCHA Tel.: (86) 9812-1673

Clinica: CLÍNICA Documento: 1 - HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
Responsável: DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO O MESMO Temp.: °C Fuso Kr P.A.:

Procedimentos

25/12/2017 7:01 - 0361060051 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIAL-2-6A
 Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Poco Urgente Azul - Não Urgente

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO

*Pqpe queda de moto com ferimento
cavos colados.*

EEG. 15.

Diagnóstico provável:

*Ao exame
pct em cava colado extenso*

Medicação:

*N.º Série
acetaminofeno
sem cubo odontológico*

*LACUNA
04.01.02.00078*

Procedimentos/exames realizados:

Nº Técnico

*Atendido por
Assistente de Enfermagem*

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2018

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



HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
RUA RODRIGO COIMBRA,
RODRIGUES, Parnaíba/PI - 64216-470
CNPJ: 06553564015593
(86) 3323-7188 - ()

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0246663
Data: 26/12/2017
Funcionário: LUCIARA

Registro: 1445
Hora: 11:29:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 68

SUS

DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO

Nasc.: 23/10/1999 Idade: 18 ANOS, 2 MESES, 3 DIAS Profissão:
End.: RUA ADRIANO PORTELA, 91 - Bairro: CADXA DA AGUA
Citt: SEM Telefone: () - Mãe: ORLENE MARIA DA ROCHA

CPF: - RG: 3906101 - SUS: 161211122560069

Civil: CEP: 64216-470
Cidade: CARAUBAS DO PIAUÍ
Pai:

Clinica: CLÍNICA MÉDICA

Demand: DEMANDA ESPONTANIA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

001060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA
01 CONSULTA (ACOLHIMENTO)

História Clínica/Exame físico:

Hora: 11:29:00
 Internação

Exames Complementares:

Diagnóstico provável: TCE

Prescrição Médica:

① TCE do coração

② Rx novo fco f.

Dr. Wilson Cabral
Médico
CRM/PI 1305

Hora: 11:29:00

Anotações da Classificação de Risco

Neuro:

Prioridade:

Vermelho - Emergência Laranja - Muito Urgente Amarelo - Urgente Verde - Pouco Urgente Azul - N

Queixa/História: PACIENTE RELATA QUEDA DE MOTO HA 24 HORAS, AINDA QUEIXA-SE DE CEFALÉIA. (SIC)

Alergias: NEGA ALERGIA

PAP: 150x70 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 rpm

SAT: 02: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

Conduita: AO CLINICO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2018

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

440922 - LIZIANNE DE FATIMA BESSA ANA
Enfermeiro Responsável

Hora:

Dados da Alta

Alta Óbito Evasão Transferência

Destino:

FRANCISCA MARIA

100 - MÉDICO DE PLANO





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE



HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

NOTA DE SALA DE CIRURGIA

NOME: Desidroso José de Rocha de Araújo
 INICIO: _____ HORA. TÉRMINO: _____ HORA DURAÇÃO: _____ HORAS
 CIRURGIA: _____ CIRURGIÃO: _____
 1º AUXILIAR: _____ ANESTESISTA: _____

MEDICAMENTOS DE SALA

ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.
Adrenalina	amp		Neocaína pesada	amp	
Agua estéril 10mL	amp		Neocaína s/ vaso	amp	
Atropina	amp		Ocitocina	amp	
Clopromazina	amp		Pancurônico	amp	
Dexametazona 4mg/2mL	amp		Petidina 50mg/2mL	amp	
Diazepam 10mg	amp		Plasil 10mg	amp	
Dimorf	amp		Propofol 1%, 20mL	amp	
Dopamina	amp		Prostigmine	amp	
Dormonid 15mg/3mL	amp		Soro Fisiológico 0,9%, 500mL	fr	
Efortil 10mg/1mL	amp		Soro Glicosado 5%, 500mL	fr	
Enflurano	mL		Soro Ringer c/ lactato	fr	
Fenergam 50mg	amp		Sulfato de Magnésio 50%	amp	
Fentanil	fr		Suxametônio 100mg	fr	
Halotano	mL		Tionembutal	fr	
Haloperidol	amp		Transamin	amp	
Ketalar	fr		Xilocaina 2% s/ vaso	fr	
Methergim	amp		Xilocaina 2% c/ vaso	fr	
Naloxona	amp		Xilocaina 5% (pesada)	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO	
Neocaína c/ vaso	amp				

12 JUL 2019

MATERIAIS DE SALA

ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.
Abocath nº	um		Algodão c/ agulha nº	env	
Aguilha descart. 10x12 25x7	uma	2 cada	Algodão c/ agulha nº	env	
Aguilha p/ raque nº	uma		Algodão s/ agulha nº	env	
Algodão ortopédico	metro		Algodão s/ agulha nº	env	
Atadura de crepom tam.: X	rolo	X	Cat gut simples c/ agulha nº	env	
Atadura gessada tam.:	rolo		Cat gut simples c/ agulha nº	env	
Dreno de tórax	um		Cat Gut Crom. c/ agulha nº	env	
Dreno penrose	um		Cat Gut Crom. c/ agulha nº	env	
Equipo p/ macrogotas	um		Mononylon nº 3.0	env	
Equipo p/ transfusão sanguínea	um		Mononylon nº 2.0	env	
Lâmina p/ bisturi nº	uma	20	Prolene nº	env	
Luva estéril nº 7.5	par	23	Prolene nº	env	
Luva p/ proced. nº	par	X	Vicryl nº	env	
Scalp nº	um		Vicryl nº	env	
Sonda foley 2 vias nº	uma		O2	mm³	
Sonda foley 3 vias nº	uma				
Sonda nasogástrica nº	uma				
Sonda vesical simples nº	uma				
Coletor de urina	um				
Clamp umbilical	um				

UTILIZADO MATERIAL ÓSTESE/ PRÓTESE? SIM NÃO



HOSPITAL SANTA EDWIGES
 Rua Anísio de Abreu 184, Bairro São José - Parnaíba - PI
 CNPJ: 06.795.116/0001-40 Tel.: (86)3322-2959

BOLETIM DE ADMISSÃO AIH:

Conteúdo:	Paciente:	Nascimento:	Idade:	CNS:	CPF:
20171929	DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO	23/10/1998	19	161.2111.2256.0008	071.548.783-39
Tipo: IDENTIDADE	Documento: SSPI	Orgão Emissor:	Data Emissão:	Sexo: M	Estado Civil: SOLTEIRO(A)
			01/03/2013		Raça / Cor: PARDA
Profissão:	Mãe:			Paiz:	
	ORLENE MARIA DA ROCHA			JOAO ANTONIO DE ARAUJO	
Endereço:	Bairro:		Cidade:		UF:
RUA ADRIAO PORTELA N91	CAIXA DA AGUA		CARAUBAS DO PIAUI		PI
Telefone:	Celular:				
() -	(86)8108-0445				
Promoção - Convênio: S.U.S.	Nº Carteira	Validade:	Autorização:		
Caráter de Atendimento: URGENCIA	Procedência:	Especialidade: CLINICO			
Posto: POSTO II		Leito: ENF - E2 L5			
Profissional Solicitante: EDSON JANSEN		CID:			

CID Definitivo: *S06*

EM CASO DE ACIDENTE

Motivo:

Local:

- | | | | |
|---|-----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Curado | <input type="checkbox"/> Piorado | <input type="checkbox"/> Evasão | <input type="checkbox"/> +48 Horas |
| <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado | <input type="checkbox"/> Removido | <input type="checkbox"/> Indisciplina | <input type="checkbox"/> Óbito |
| <input type="checkbox"/> Inalterado | <input type="checkbox"/> Pedido | <input type="checkbox"/> -48 Horas | |
- Transferido: _____

EXAMES:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2018

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

EDSON JANSEN

Denilson Jose da Rocha de Araujo

Impressor por: Secretaria - SUS

26/12/2017 19:04:43



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 10:52:10
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007131052094600000010196445>
 Número do documento: 2007131052094600000010196445

Num. 10750963 - Pág. 7



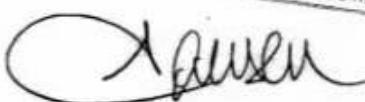
NOME: DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO
MÉDICO: EDSON JANSEN

LAUDO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Hematoma subgaleal fronto-parietal à Direita.




Edson Jansen Pedrosa de Miranda

CRM PI 2881



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 10:52:10
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007131052094600000010196445>
Número do documento: 2007131052094600000010196445

Num. 10750963 - Pág. 8

12 JUL 2018

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

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome Henrique José R. de Araújo Leito 0103 Pront.

26/12/17 Paciente admitido nessa Instituição devido a
1h19 do veneno da Herba com relato de acidente mais
enfusões ciclistas há ± 24 horas apresentando altera-
ção no reflexo pupilar a direita + 02 na pupila pa-
rental limpa e seca e elevações em MSE e MID
± 14 mmais flegmiticos reflexo cefálico e vertigem. La-
conexos patológicos da base e alterações medula-
mentares. Consciente, orientado, tânia e Glasgow
15. Higienizado, hidratado, neuromonitorado, em
mecanismo q sat Oz 95%. Acometimento da
pupila direita opacizada por 20 elevações fino
longas perentes (HVE) EF: AC: BrV/F+, HP: HU+
1/ RA e HATB: RAA + A dor a palpares. Pro-
fund: 20 e pupular 12. Considerado evolução
em relação as novas rotinas da Instituição.

*Assunto: Hidratação de paciente
Exame: Exame
Assinatura: Dr. [ilhabela]*

27/12/17 Paciente entrofase seguido a I MC. Consciente, orientado
07:30h fálico e desorientado em auxílio. Acometa pupila
não responde por V.O. seu olho é seu e seu dificuldade no
masticar. Pode sentar. Eliminações fisiológicas:
Diurese 0 e evacuações 0 até o momento.

27/12/17 Focinho concreto, orientado, fôlego receptivo ao
27/08:50 estímulos dolorosos 15 micturatório aberto, sup-
erfusões urinárias. Sua defecação é direta por O. O. Drucker
ente e operária exaustiva durante 15/16 h.
APGAR em MSE (26/32) Mecônico - O paciente evita co-
luna retinada sua pupila fálico à 0°, paroxistico seu
olho flogíticos. Pode sentar. Segue sob os mode-
los de cuidados. *Assunto: Hidratação de paciente
Exame: Exame
Assinatura: Dr. [ilhabela]*

28/12/17 Segue consciente, orientado, tânia e Glasgow 15.
Jh 20:40 Higienizado, hidratado, neuromonitorado, supervisão
enfusões e Glasgow 15. Higienizado, hidratado, neu-
romonitorado, supervisão e desorientado ± 14 auxílios
apresenta julva ma pupila fálico à direita e
pupila bicipitalgic parental. Acometa pupila opaca
ga para VO e elevações fisiológicas perentes (HVE)
(Acuta) Refleto vertigem e galvan. Mantém HU
mucos. Mecônico 0





Sistematização da Assistência de Enfermagem
FICHA DE ADMISSÃO

CONVÊNIO _____

Paciente: Denilson José da Rocha da Silva. Data de Nascimento: 23/10/98

Idade: 19, Sexo: M F. Enfermaria: 01. Leito: 03. Apartamento: _____

Data de admissão: 26/12/17. Horário: 18:30 hrs. Tratamento: Clínico. Cirúrgico.

Tipo de procedimento cirúrgico: _____

Hipertensão: Sim Não Diabetes: Sim Não Tabagista: Sim Não

Outras patologias crônicas: Estilo de vida

Faz uso de alguma medicação regularmente? Sim Não



Possui alergia medicamentosa? Sim Não Quais? Desconhece

Locomoção: Deambulando Cadeira de rodas Maca

Acompanhantes: Familiares e /ou Conhecidos Desacompanhado

Nível de consciência: Consciente Sonolento Inconsciente

Nível de orientação Orientado Orientado com momentos confusos Confuso

Físico

Fala com dificuldades Afásico Calmo Ansioso Agitado

Higiene corporal: Ruim Insatisfatória Boa

Jejum: Sim Não Motivo do jejum: _____

Examinações fisiológicas: Presente e normais (SIC) Alteradas (SIC)

Quais alterações?

Sinais Vitais: P.A.: 120/80 mmHg. T.: 36° °C. P.: 80 bpm. R.: 20 mrsp.

Sat. 99%.

Anotações de Enfermagem Glicemia: 115 mg/dl

As: 18:30hs Paciente admitido. Preveniente do HEDA. Ultima
diácia de exercícios. Apresentando sintomas no
corpo labilidade. Escravacárias, nos MMSS e MUIT. na per-
te de tensão dos membros. Reação reflexa intensa e
vertigem. Encaminhado ao banco de aspirante.
Puncionado AVP em MSE gelo n.º 2.

Jâneires de Souza Silveira
Tec. de Enfermagem
CORESP 672.378



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome Doutor José da R. de Souza Leito 01-03 Pront.

29. 12. 12 Rodrigo Soares de Oliveira Lelito 01-03 Pront.
05:53 Residente, solteiro, fumava, não tinha asas
distância olhos e 5 mm de zumbido, visão horível, em
apuração nível, não sentia dor de olho por V.O. Edemivulgaris
frustado, irritado e agressivo (SIC). Com RDT em
USC (36182) Mandado a operação esquerda - centro
intervindo na retina direita à direita e sugar juntando
com sonda flauta 2 ml. E que sob os cílios de
apuração! Fazendo

~~0000000000000000~~
EIN 44-320814
CORON 04232 B14

- 30.12.2017
Às 20:33
Informações Conveniente, evitando, parágrafo, receptivo ao diálogo, calmo e assertivo. Claro que é respirando ar ambiente. Normanico e hiperativo. Com acentuação da voz, apresentando palavras cortadas, fôntura em regiões frontais e regionais posteriores. De vontade e excedendo o seu perido (sic). Só se sente e permanente (Maddox). Reflete metades no quadro clínico. Só que só o avultado dentro da equipe de Enfermagem —

Rees
Dr Adyson Hooper's New Under-Gondom
DODGEN PUBLICATIONS LTD.

- 3552.17
ap 09.51 Envolvimento, eritemato, furor, receptivo ou
enfurecer inflam, glaucom 15, elevado, umbralizado,
superior. nos olhos de vista por V.O. Olho
superior fisiologico (nervos e crânio) e opacidade (SI). Em
RPP em NSC (56.52) flutuam o apagado verte-
bral, submucoso na pupila frontal à direita
e pupila frontal com veias flagelares. Segui-
r-se o exame de enfunçam.

01-01-17 Recebido alto gerente de RH
16/01/2017 COREN-PI 212519

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
12 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



01.03

PREScrição



PACIENTE: DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO	CAT.: S.U.S.
A.I.H.:	APARTAMENTO:
DATA: 27/12/2017	DIA(S) INTERNADOS:
MÉDICO ASSISTENTE: EDSON JANSEN	FOLHA:

PREScrição MÉDICA	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO			
	Horário 01	Horário 02	Horário 03	Horário 04
Dieta Livre				
SF 0,9% 500 ml/Kcl 19,1% 1 amp/14 gts/min(2x)	10X		10X	20
Dipirona ev 8/8 hrs		14A	20X	20
Plasil I.M S/N		14A	20	06
Ranitidina EV 8/8 hrs		14A	20	06
Hidental 1 ml+8 ml SF EV 8/8 hrs		14A	20	06
Cefalexina 500 mg VO 8/8 hrs	10X	14A	20	06
Cipro 500 mg VO 12/12hrs	10X	14A	20	06
Decadron 4mg ev 1x/dia	10X			
Diazepam 10mg VO 20hrs		12X	20X	
Tramal 1amp+100 ml SF EV 12/12 hrs		12X	20X	
Curativo				
EVOLUÇÃO CLÍNICA	A . e . E .			

Dr. Edson Jansen
Neurologista
CRM-PI 2881



PRESCRIÇÃO



PACIENTE: DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO		CAT.: S.U.S.
A.I.H.:	APARTAMENTO:	LEITO: ENF - E2 L5
DATA: 28/12/2017	DIA(S) INTERNADOS:	FOLHA:
MÉDICO ASSISTENTE: EDSON JANSEN		

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO			
	Horário 01	Horário 02	Horário 03	Horário 04
Dieta Livre				
SF 0,9% 500 ml/Kcl 19,1% 1 amp/14 gts/min(2x)	10x		10x	
Dipirona ev 8/8 hrs	14x	10x	10x	10x
Plasil I.M S/N				
Ranitidina EV 8/8 hrs	14x	10x	10x	10x
Hidental 1 ml+8 ml SF EV 8/8 hrs	14x	10x	10x	10x
Cefalexina 500 mg VO 8/8 hrs	14x	10x	10x	10x
Cipro 500 mg VO 12/12hrs	10x			
Decadron 4mg ev 1x/dia	10x			
Diazepam 10mg VO 20hrs				
Tramal 1amp+100 ml SF EV 12/12 hrs	12x	10x		
Curativo				
EVOLUÇÃO CLÍNICA				
<i>d.c.s.</i>				

Dr. Edson Jansen de Miranda
CRM-PI 2881



P R E S C R I Ç Ã O



PACIENTE: DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO		CAT.: S.U.S.
A.I.H.:	APARTAMENTO:	LEITO: ENF - E2 L5
DATA: 29/12/2017	DIA(S) INTERNADOS:	FOLHA:
MÉDICO ASSISTENTE: EDSON JANSEN		

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO			
	Horário 01	Horário 02	Horário 03	Horário 04
Dieta Livre				
SF 0,9% 500 ml/Kcl 19,1% 1 amp/14 gts/min(2x)	10/		22*	
Dipirona ev 8/8 hrs		11*	22*	06
Plasil I.M S/N			22*	06
Ranitidina EV 8/8 hrs		14*	22*	06
Hidental 1 ml+8 ml SF EV 8/8 hrs	14*	22*	06	06
Cefalexina 500 mg VO 8/8 hrs	14*	22*	06	06
Cipro 500 mg VO 12/12hrs	10/	22*		
Decadron 4mg ev 1x/dia	10/		22*	
Diazepam 10mg VO 20hrs			20*	
Tramal 1amp+100 ml SF EV 12/12 hrs	02/		20*	24*
Curativo				
EVOLUÇÃO CLÍNICA	<i>A.C.B.</i>			

Dr. Edson Jansen da Rocha Araújo
Neurologista - Terapeuta Ocupacional
CRM-PI 2881



P R E S C R I Ç Ã O

Instituto

PACIENTE: DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO	CAT.: S.U.S.	
A.I.H.: APARTAMENTO:	LEITO: ENF - E2 L5	
DATA: 30/12/2017 DIA(S) INTERNADOS:	FOLHA:	
MÉDICO ASSISTENTE: EDSON JANSEN		

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO			
	Horário 01	Horário 02	Horário 03	Horário 04
Dieta Livre				
SF 0,9% 500 ml/Kcl 19,1% 1 amp/14 gts/min(2x)	105	105		
Dipirona ev 8/8 hrs		142	105	105
Plasil I.M S/N				
Ranitidina EV 8/8 hrs		145	105	105
Hidental 1 ml+8 ml SF EV 8/8 hrs	145	105	105	105
Cefalexina 500 mg VO 8/8 hrs	145	105	105	105
Cipro 500 mg VO 12/12hrs	105		105	
Decadron 4mg ev 1x/dia	105		105	
Diazepam 10mg VO 20hrs			105	
Tramal 1amp+100 ml SF EV 12/12 hrs	12		105	
Curativo				

EVOLUÇÃO CLÍNICA

A.C.B.



P R E S C R I Ç A O



PACIENTE: DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO	CAT.: S.U.S.
A.I.H.:	APARTAMENTO:
DATA: 31/12/2017	DIA(S) INTERNADOS:
MÉDICO ASSISTENTE: EDSON JANSEN	FOLHA:

PREScrição MÉDICA	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO			
	Horário 01	Horário 02	Horário 03	Horário 04
Dieta Livre				
SF 0,9% 500 ml/Kcl 19,1% 1 amp/14 gts/min(2x)	10x	19x	20	9x
Dipirona ev 8/8 hrs				
Plasil I.M S/N		19x	20	8
Ranitidina EV 8/8 hrs		10x	20	8
Hidental 1 ml+8 ml SF EV 8/8 hrs		10x	20	8
Cefalexina 500 mg VO 8/8 hrs		10x	20	8
Cipro 500 mg VO 12/12hrs	10x			
Decadron 4mg ev 1x/dia	10x			20
Diazepam 10mg VO 20hrs			19	
Tramal 1amp+100 ml SF EV 12/12 hrs	10x		19	
Curativo				
EVOLUÇÃO CLÍNICA	<i>d. c. b.</i>			

Dr. Edson Jansen
Neurocirurgia - Neurologia
CRM-PI 2881



Instituto



REVIGO DE
APLICAÇÃO, CULTURA, E AÇÃO SOCIAL.
INSTITUTO PRAXIS
CNPJ Nº 05.481.950/0002-80
R. Antônio de Abreu, Nº 184 - São José - Paranaíba - MG
CEP: 64218200 - Fone: (86) 3322-2959
email: nucleohospitalparaxis@gmail.com

Sistematização da Assistência de Enfermagem

Data: 26/12/17

ENFERMADOR:
Dra. Edna Soares Coutinho
Nº PRONTUÁRIO:
00171929

Paranaíba PR

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DA VAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho da Mota, nº 465, Centro
Centro - Norte CEP: 64002-470
Terezopolis - PR

NO ME	UNIDADE INSTITUTO	PESO	ENF.	LEITO
DILIANA TEREZINHA ROCHE DA NEVES	INSTITUTO	65 KG	01	03
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM				Nº PRONTUÁRIO
1 - Sobre o paciente é alterado relacionado a				00171929
Avistar e registrar nível de consciência se Neurologico na Escala de Glasgow				AVARIAS DE ENFERMAGEM
Ojos Abertos	ML	1	HUMANO	1
Espontaneamente	ML	1	ML	1
Para Falat	ML	1	15	15
Para Dor	ML	1	15	15
Não Responde	ML	1	15	15
Melhor Resposta Motora	ML	1	15	15
Obedece	ML	1	15	15
Localiza Dor	ML	1	15	15
Reação	ML	1	15	15
Flesto Anormal	ML	1	15	15
Extremo	ML	1	15	15
Não Responde	ML	1	15	15
Orientado	ML	1	15	15
Resposta Verbal *	ML	1	15	15
Conversão Confusa	ML	1	15	15
Psalavras Inapropriadas	ML	1	15	15
Sens Incompreensíveis	ML	1	15	15
Não Responde	ML	1	15	15
Total 3 15	ML	1	15	15
06 - 10 - 12 - 14 - 16 - 18 - 20 - 22 - 24 - 07 - 08 - 09	ML	1	15	15
2 - Diminuição do débito urinário	ML	1	15	15
relacionado a	ML	1	15	15
relacionado a	ML	1	15	15
3 - Função Respiratória Incapaz	ML	1	15	15
relacionado a	ML	1	15	15
Assistir	ML	1	15	15
Padrão Respiratório	ML	1	15	15
Chamada Cíclica	ML	1	15	15
Aspectos das Secretões Tráqueais	ML	1	15	15
Registrar Parâmetros Vérteos	ML	1	15	15
Registrar Parâmetros Verificáveis	ML	1	15	15
Pré:	ML	1	15	15
Pos:	ML	1	15	15
FIO:	ML	1	15	15
FIO:	ML	1	15	15
FIO:	ML	1	15	15

MODELO: 11





Instituto

SERVIÇO DE VÁRIAS INTENSIVAS
INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO, CULTURA, E AÇÃO SOCIAL

CNPJ № 05.481.950/0002-80
R. Anísio de Abreu, № 184 - São José - Paraná -
CEP: 84.200-000 - Fone: (41) 3322-2000

Sistematização da Assistência de Enfermagem

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 10:52:10
<http://tpje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071310520946000000010196445>
Número do documento: 20071310520946000000010196445

Num. 10750963 - Pág. 18

Sistematização da Assistência de Enfermagem

NOME	UNIDADE	PACIENTE	ENF.	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
					HORÁRIO	Nº
Denilson Jose do Rocha				O3	2072/929	
ANOTações DE ENFERMAGEM						
INTERVENções DE ENFERMAGEM						
Avaliar e registrar nível de consciência se Neurológico na Escala de "Glasgow"						
Otros Abertos						
Esporta normalmente	4					
Para Falar	3					
Para Dar	2					
Não Responde	1					
Meior Resposta Motora						
Obedece	6					
Localiza Dor	5					
Retirado	4					
Flexo Anormal	3					
Extensor	2					
Não Responde	1					
Resposta Verbal						
Orientado	5					
Correção Correta	4					
Pelentes Inapropriadas	3					
Sons Inconvenientes	2					
Não Responde	1					
Total	3	15	01			
2 - Drenagem do seio do cardíaco referente ao						
3 - Fungo Respiratório infeccioso referente ao						
Ritmo Cardíaco						
Perfusão Tissular Peadiátrica						
Avaliar:						
Prestar Respiratório						
Ornitometria Capilar						
Aspectos das Secretões Tragófitas						
Registrar Parâmetros Ventilatórios						
Verificar e Registrar Sinal Vital 2/2 horas						
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO						
12 JUL 2018						
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI						
3 - Drenagem do seio do cardíaco referente ao						
4 - Fungo Respiratório infeccioso referente ao						
Ritmo Cardíaco						
Perfusão Tissular Peadiátrica						
Avaliar:						
Prestar Respiratório						
Ornitometria Capilar						
Aspectos das Secretões Tragófitas						
Registrar Parâmetros Ventilatórios						
2 - Drenagem do seio do cardíaco referente ao						
5 - Fungo Respiratório infeccioso referente ao						
Ritmo Cardíaco						
Perfusão Tissular Peadiátrica						
Avaliar:						
Prestar Respiratório						
Ornitometria Capilar						
Aspectos das Secretões Tragófitas						
Registrar Parâmetros Ventilatórios						
3 - Drenagem do seio do cardíaco referente ao						
6 - Fungo Respiratório infeccioso referente ao						
Ritmo Cardíaco						
Perfusão Tissular Peadiátrica						
Avaliar:						
Prestar Respiratório						
Ornitometria Capilar						
Aspectos das Secretões Tragófitas						
Registrar Parâmetros Ventilatórios						
4 - Drenagem do seio do cardíaco referente ao						
7 - Fungo Respiratório infeccioso referente ao						
Ritmo Cardíaco						
Perfusão Tissular Peadiátrica						
Avaliar:						
Prestar Respiratório						
Ornitometria Capilar						
Aspectos das Secretões Tragófitas						
Registrar Parâmetros Ventilatórios						
5 - Drenagem do seio do cardíaco referente ao						
8 - Fungo Respiratório infeccioso referente ao						
Ritmo Cardíaco						
Perfusão Tissular Peadiátrica						
Avaliar:						
Prestar Respiratório						
Ornitometria Capilar						
Aspectos das Secretões Tragófitas						
Registrar Parâmetros Ventilatórios						
6 - Drenagem do seio do cardíaco referente ao						
9 - Fungo Respiratório infeccioso referente ao						
Ritmo Cardíaco						
Perfusão Tissular Peadiátrica						
Avaliar:						
Prestar Respiratório						
Ornitometria Capilar						
Aspectos das Secretões Tragófitas						
Registrar Parâmetros Ventilatórios						
7 - Drenagem do seio do cardíaco referente ao						
10 - Fungo Respiratório infeccioso referente ao						
Ritmo Cardíaco						
Perfusão Tissular Peadiátrica						
Avaliar:						
Prestar Respiratório						
Ornitometria Capilar						
Aspectos das Secretões Tragófitas						
Registrar Parâmetros Ventilatórios						
8 - Drenagem do seio do cardíaco referente ao						
11 - Fungo Respiratório infeccioso referente ao						
Ritmo Cardíaco						
Perfusão Tissular Peadiátrica						
Avaliar:						
Prestar Respiratório						
Ornitometria Capilar						
Aspectos das Secretões Tragófitas						
Registrar Parâmetros Ventilatórios						
9 - Drenagem do seio do cardíaco referente ao						
12 - Fungo Respiratório infeccioso referente ao						
Ritmo Cardíaco						
Perfusão Tissular Peadiátrica						
Avaliar:						
Prestar Respiratório						
Ornitometria Capilar						
Aspectos das Secretões Tragófitas						
Registrar Parâmetros Ventilatórios						
10 - Drenagem do seio do cardíaco referente ao						
11 - Fungo Respiratório infeccioso referente ao						
Ritmo Cardíaco						
Perfusão Tissular Peadiátrica						
Avaliar:						
Prestar Respiratório						
Ornitometria Capilar						
Aspectos das Secretões Tragófitas						
Registrar Parâmetros Ventilatórios						
11 - Drenagem do seio do cardíaco referente ao						
12 - Fungo Respiratório infeccioso referente ao						
Ritmo Cardíaco						
Perfusão Tissular Peadiátrica						
Avaliar:						
Prestar Respiratório						
Ornitometria Capilar						
Aspectos das Secretões Tragófitas						
Registrar Parâmetros Ventilatórios						
12 - Drenagem do seio do cardíaco referente ao						
13 - Fungo Respiratório infeccioso referente ao						
Ritmo Cardíaco						
Perfusão Tissular Peadiátrica						
Avaliar:						
Prestar Respiratório						
Ornitometria Capilar						
Aspectos das Secretões Tragófitas						
Registrar Parâmetros Ventilatórios						
13 - Drenagem do seio do cardíaco referente ao						
14 - Fungo Respiratório infeccioso referente ao						
Ritmo Cardíaco						
Perfusão Tissular Peadiátrica						
Avaliar:						
Prestar Respiratório						
Ornitometria Capilar						
Aspectos das Secretões Tragófitas						
Registrar Parâmetros Ventilatórios						
14 - Drenagem do seio do cardíaco referente ao						
15 - Fungo Respiratório infeccioso referente ao						
Ritmo Cardíaco						
Perfusão Tissular Peadiátrica						
Avaliar:						
Prestar Respiratório						
Ornitometria Capilar						
Aspectos das Secretões Tragófitas						
Registrar Parâmetros Ventilatórios						
15 - Drenagem do seio do cardíaco referente ao						
16 - Fungo Respiratório infeccioso referente ao						
Ritmo Cardíaco						
Perfusão Tissular Peadiátrica						
Avaliar:						
Prestar Respiratório						
Ornitometria Capilar						
Aspectos das Secretões Tragófitas						
Registrar Parâmetros Ventilatórios						
16 - Drenagem do seio do cardíaco referente ao						
17 - Fungo Respiratório infeccioso referente ao						
Ritmo Cardíaco						
Perfusão Tissular Peadiátrica						
Avaliar:						
Prestar Respiratório						
Ornitometria Capilar						
Aspectos das Secretões Tragófitas						
Registrar Parâmetros Ventilatórios						
17 - Drenagem do seio do cardíaco referente ao						
18 - Fungo Respiratório infeccioso referente ao						
Ritmo Cardíaco						
Perfusão Tissular Peadiátrica						
Avaliar:						
Prestar Respiratório						
Ornitometria Capilar						
Aspectos das Secretões Tragófitas						
Registrar Parâmetros Ventilatórios						
18 - Drenagem do seio do cardíaco referente ao						
19 - Fungo Respiratório infeccioso referente ao						
Ritmo Cardíaco						
Perfusão Tissular Peadiátrica						
Avaliar:						
Prestar Respiratório						
Ornitometria Capilar						
Aspectos das Secretões Tragófitas						
Registrar Parâmetros Ventilatórios						
19 - Drenagem do seio do cardíaco referente ao						
20 - Fungo Respiratório infeccioso referente ao						
Ritmo Cardíaco						
Perfusão Tissular Peadiátrica						
Avaliar:						
Prestar Respiratório						
Ornitometria Capilar						
Aspectos das Secretões Tragófitas						
Registrar Parâmetros Ventilatórios						
20 - Drenagem do seio do cardíaco referente ao						
21 - Fungo Respiratório infeccioso referente ao						
Ritmo Cardíaco						
Perfusão Tissular Peadiátrica						
Avaliar:						
Prestar Respiratório						
Ornitometria Capilar						
Aspectos das Secretões Tragófitas						
Registrar Parâmetros Ventilatórios						
21 - Drenagem do seio do cardíaco referente ao						
22 - Fungo Respiratório infeccioso referente ao						
Ritmo Cardíaco						
Perfusão Tissular Peadiátrica						
Avaliar:						
Prestar Respiratório						
Ornitometria Capilar						
Aspectos das Secretões Tragófitas						
Registrar Parâmetros Ventilatórios						
22 - Drenagem do seio do cardíaco referente ao						
23 - Fungo Respiratório infeccioso referente ao						
Ritmo Cardíaco						
Perfusão Tissular Peadiátrica						
Avaliar:						
Prestar Respiratório						
Ornitometria Capilar						
Aspectos das Secretões Tragófitas						
Registrar Parâmetros Ventilatórios						
23 - Drenagem do seio do cardíaco referente ao						
24 - Fungo Respiratório infeccioso referente ao						
Ritmo Cardíaco						
Perfusão Tissular Peadiátrica						
Avaliar:						
Prestar Respiratório						
Ornitometria Capilar						
Aspectos das Secretões Tragófitas						
Registrar Parâmetros Ventilatórios						
24 - Drenagem do seio do cardíaco referente ao						
25 - Fungo Respiratório infeccioso referente ao						
Ritmo Cardíaco						
Perfusão Tissular Peadiátrica						
Avaliar:						
Prestar Respiratório						
Ornitometria Capilar						
Aspectos das Secretões Tragófitas						
Registrar Parâmetros Ventilatórios						
25 - Drenagem do seio do cardíaco referente ao						
26 - Fungo Respiratório infeccioso referente ao						
Ritmo Cardíaco						
Perfusão Tissular Peadiátrica						
Avaliar:						
Prestar Respiratório						
Ornitometria Capilar						
Aspectos das Secretões Tragófitas						
Registrar Parâmetros Ventilatórios						
26 - Drenagem do seio do cardíaco referente ao						
27 - Fungo Respiratório infeccioso referente ao						
Ritmo Cardíaco						
Perfusão Tissular Peadiátrica						
Avaliar:						
Prestar Respiratório						
Ornitometria Capilar						
Aspectos das Secretões Tragófitas						



Instituto

**SERVIÇO DE AÇÃO INTENSIVA
PRÁXIS DE EDUCAÇÃO, CULTURA, E AÇÃO SOCIAL**
INSTITUTO PRÁXIS
 CNPJ N° 05.481.950/0002-80
www.ipraxis.org.br

Sistematização da Assistência de Enfermagem

DM 30.12.12

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 10:52:10
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071310520946000000010196445>
Número do documento: 20071310520946000000010196445

Num. 10750963 - Pág. 21



Instituto

**SERVÍCIO DE
VIAÇÃO INTENSIVA
INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO, CULTURA, E AÇÃO SOCIAL**
 CNPJ Nº 05.481.950/0002-80
 Rua das Flores, 100 - Centro - Parauapebas - PA

Sistematização da Assistência de Enfermagem

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 10:52:10
<http://tjpi.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071310520946000000010196445>
Número do documento: 20071310520946000000010196445

Núm. 10750963 - Pág. 22



Núcleo Hospitalar

P A R N A I B A

INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO, CULTURA, E AÇÃO SOCIAL			
CNPJ Nº 05.481.350/0002-80			
Rua Anísio de Abreu, Nº 184 – Bairro São José - Parnaíba-PI.			
CEP: 64.218-200 Fone: (86) 3322-4840.			
e-mail: praxisparnaiba@gmail.com			

Nome: Denísmar José da Nóbrega de Souza

FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA
REGISTRO: _____
LEITO: _____

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

<u>16</u>	1 - Duche. Enx.	<u>2-22 03</u>	<u>08/07/2018</u>
<u>17</u>	2 - SE 07/11 500 ml EV 14/07/2018 (2x)	<u>2-22 03</u>	<u>08/07/2018</u>
<u>18</u>	3 - Álcool 19,11% Jauz creme SF	<u>2-22 03</u>	<u>08/07/2018</u>
<u>19</u>	4 - Plástil 7M. Spn.	<u>2-22 03</u>	<u>08/07/2018</u>
<u>20</u>	5 - Paracetamol SF 818 ml	<u>2-22 03</u>	<u>08/07/2018</u>
<u>21</u>	6 - Hibantel 1 ml + 8 ml SF EV 818 ml	<u>2-22 03</u>	<u>08/07/2018</u>
<u>22</u>	7 - Cetofenina 100 mg EV 12/12/2018	<u>2-22 03</u>	<u>08/07/2018</u>
<u>23</u>	8 - Cipro 500 mg EV 12/12/2018	<u>2-22 03</u>	<u>08/07/2018</u>
<u>24</u>	9 - Bedaquimol 100 mg EV 17/12/2018	<u>2-22 03</u>	<u>08/07/2018</u>
<u>25</u>	10 - Oxazepam 10 mg EV 10:00 hrs	<u>2-22 03</u>	<u>08/07/2018</u>
<u>26</u>	11 - Tramadol 10 mg + 100 mg SF EV 12/12/2018	<u>2-22 03</u>	<u>08/07/2018</u>
<u>27</u>	12 - Goutard	<u>2-22 03</u>	<u>08/07/2018</u>

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 10:52:10
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071310520946000000010196445>
Número do documento: 20071310520946000000010196445

Instituto



INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO, CULTURA, E AÇÃO SOCIAL
CNPJ N°05.481.950/0002-80
R. Antônio de Araújo, Nº 184 - São José - Paranaíba - MG
CEP: 64.218-200 - Fone: (36) 3322-2959
email: nucleohospitalparapraxisparanaiaba@gmail.com

Sistematização da Assistência de Enfermagem

NO ME	UNIDADE	ENF	DATA
Danielson - Rose - clá. Rosângela	Pronto	06	04.01.18
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM			
1 - Seme o conceito alterado relacionada a:	Avaliar e registrar nível de consciência se Neurologico na Escala de Glasgow		
Olhos Abertos	M()	T()	N()
Espontaneamente	4		
Para Falar	3		
Para Dor	2		
Não Responde	1		
Melhor Resposta Motoria			
Obedece	6		
Localiza Dor	5		
Retração	4		
Físico Anormal	3		
Extremo	2		
Não Responde	1		
Resposta Visceral *			
Orientação	5		
Conversa Coerente	4		
Palavras Inapropriadas	3		
Sons Incompreensíveis	2		
Não Responde	1		
Total: 3 / 15	16	20	05
7 - Diminuição do débito cardíaco relacionado a:			
Risco Cardíaco	M()	T()	N()
Período Tíssular Período	M()	T()	N()
Avaliar	M()	T()	N()
Padrão Respiratório	M()	T()	N()
Orinação Clínica	M()	T()	N()
Aspectos das Secretões: Traguardas	M()	T()	N()
Registrar Fatores de Vulnerabilidade	M()	T()	N()
	Vc()	Vc()	Vc()
	Hr()	Hr()	Hr()
	Prec()	Prec()	Prec()
	PS()	PS()	PS()
	FD()	FD()	FD()

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Costa de Oliveira, 455 - Jd. C.
Centro - CEP: 64000-000
Teresina-PI
correio@gs.com.br
contato@gs.com.br





Núcleo Hospitalar

P A R N A I B S

FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA

NAME: Denison Paul de Souza REGISTRO:

LEITÓ:

INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO, CULTURA, E

AÇÃO SOCIAL

CNPJ N° 05.481.930/0002-80

N. S. IN N. D.

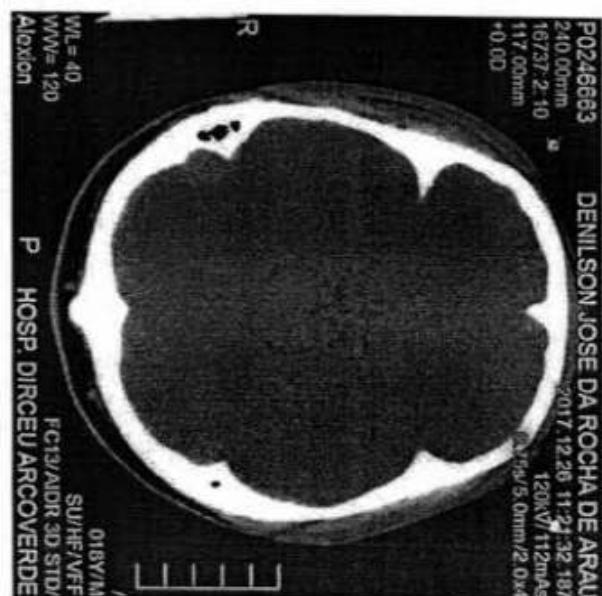
RUA ALFREDO ARAUJO, N° 104 -

E-mail: pravinda.ranjan@gmail.com

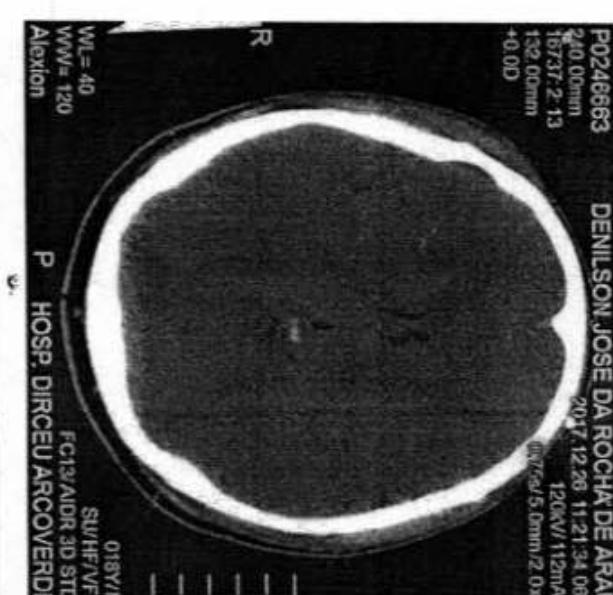
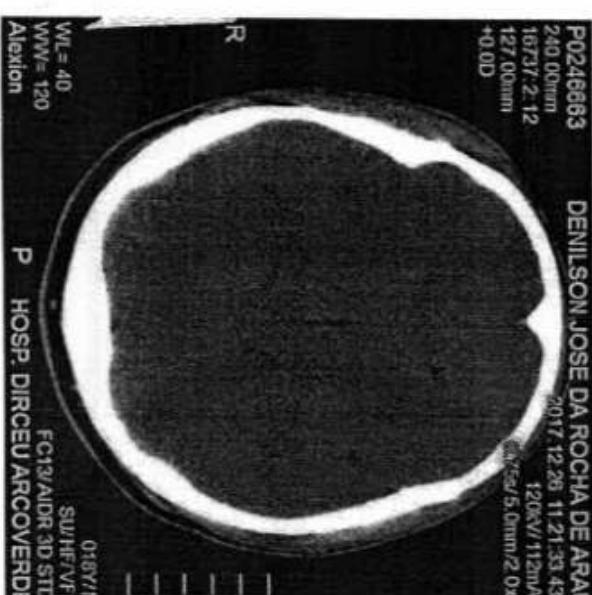
CNPJ N° 05.481.970/0002-80
Rua Anísio de Abreu, N° 184 – Bairro São José - Patnaiá-PI
CEP: 64.218-200 Fone: (86) 3322-4840.
E-mail: novilipatnaiá@gmail.com

Num. 10750963 - Pág. 25





*Hematoma Subaracnóide
Fronto-parietal*

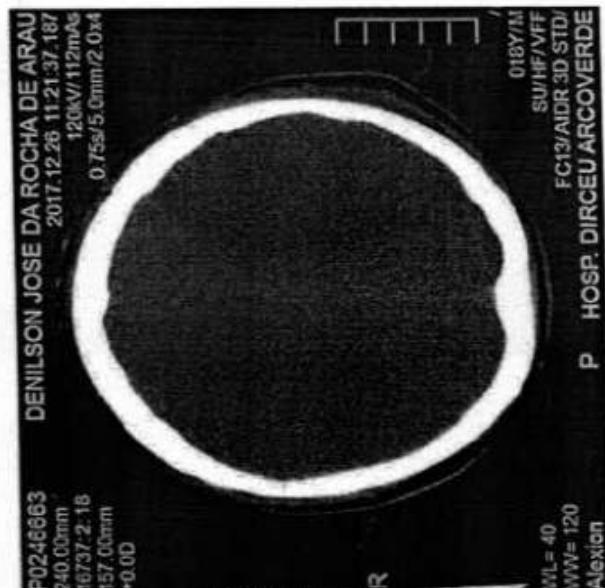
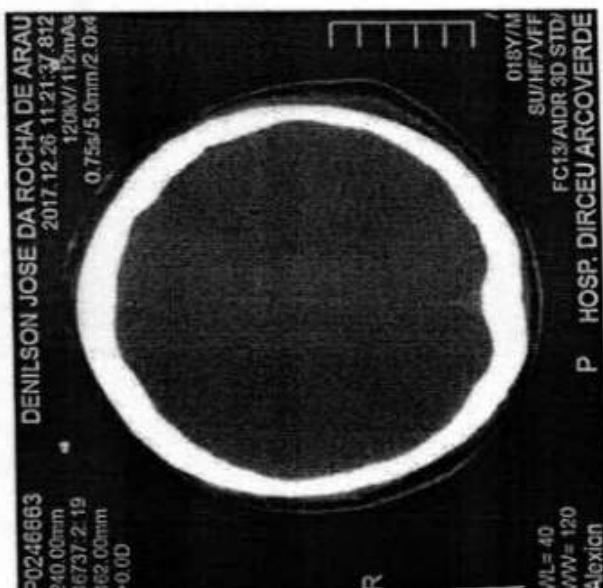
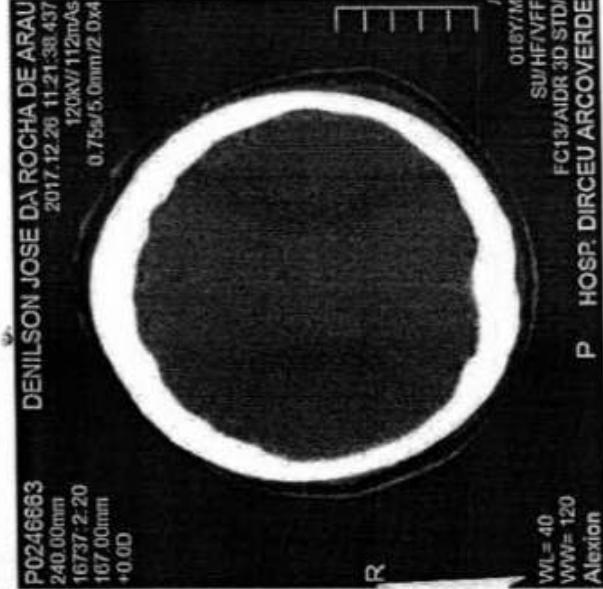
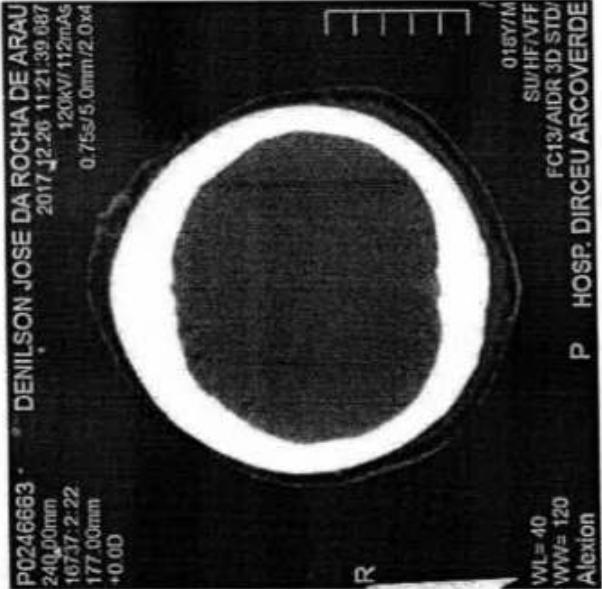


DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2018

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





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu FRANCISCA MARIA DA ROCHA DE ARAUJO
RG nº 2.748.753 data da expedição 12 / 09 / 2005, órgão SSP-PI
Portador do CPF, 028.575.463-78 com domicílio no município
de CARAUBAS no estado de PIAUÍ onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA ANTONIO BORGES DOS SANTOS nº 278 Complemento B-CENTRO
 declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é
(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima DENILSON
JOSE DA ROCHA DE ARAUJO cujo condutor era DENILSON JOSE DA
ROCHA DE ARAUJO

Veículo: **HONDA/POP 100**

Ano: **2013**

Modelo: **2013**

Placa: **OUA-7057 PI**

Chassi: **9C2HB02105R418103**

Renavam: **596109466**

Cor: **VERMELHA**

Data do Acidente: **25 /12 /2017**



Local e Data Buriti dos Lopes-PI 24.04.2018

Francisca Maria da Rocha de Araujo
Assinatura do Declarante

Denilson Jose da Rocha de Araujo
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não seja a vítima reclamante do sinistro)



**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: **3180433019**

Nome do(a) Examinado(a): **DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO**

Endereço do(a) Examinado(a):

ADRIAO PORTELA, 91 - URBANO - Caraúbas do Piauí - PI - CEP 64233-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **3906101**

Data e local do acidente: [**25/12/2017**] **POVOADO JACOBINA CAXINGOS**

Data e local do exame: [**03/10/2018**] **Parnaíba** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMATISMO CRANIANO ENCEFÁLICO.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME APRESENTA-SE ORIENTADO, LÚCIDO, EUPNEICO, RESPONDENDO AS SOLICITAÇÕES VERBAIS, NÃO DETECTADO DEFÍCIT NEUROLÓGICO.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

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

REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR. PACIENTE COM QUEIXA DE TONTURA, CEFALÉIA, CONFUSÃO MENTAL.

V. Existe sequelas (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [**X**] Não

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

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



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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

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

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

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

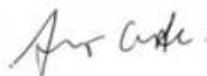
Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

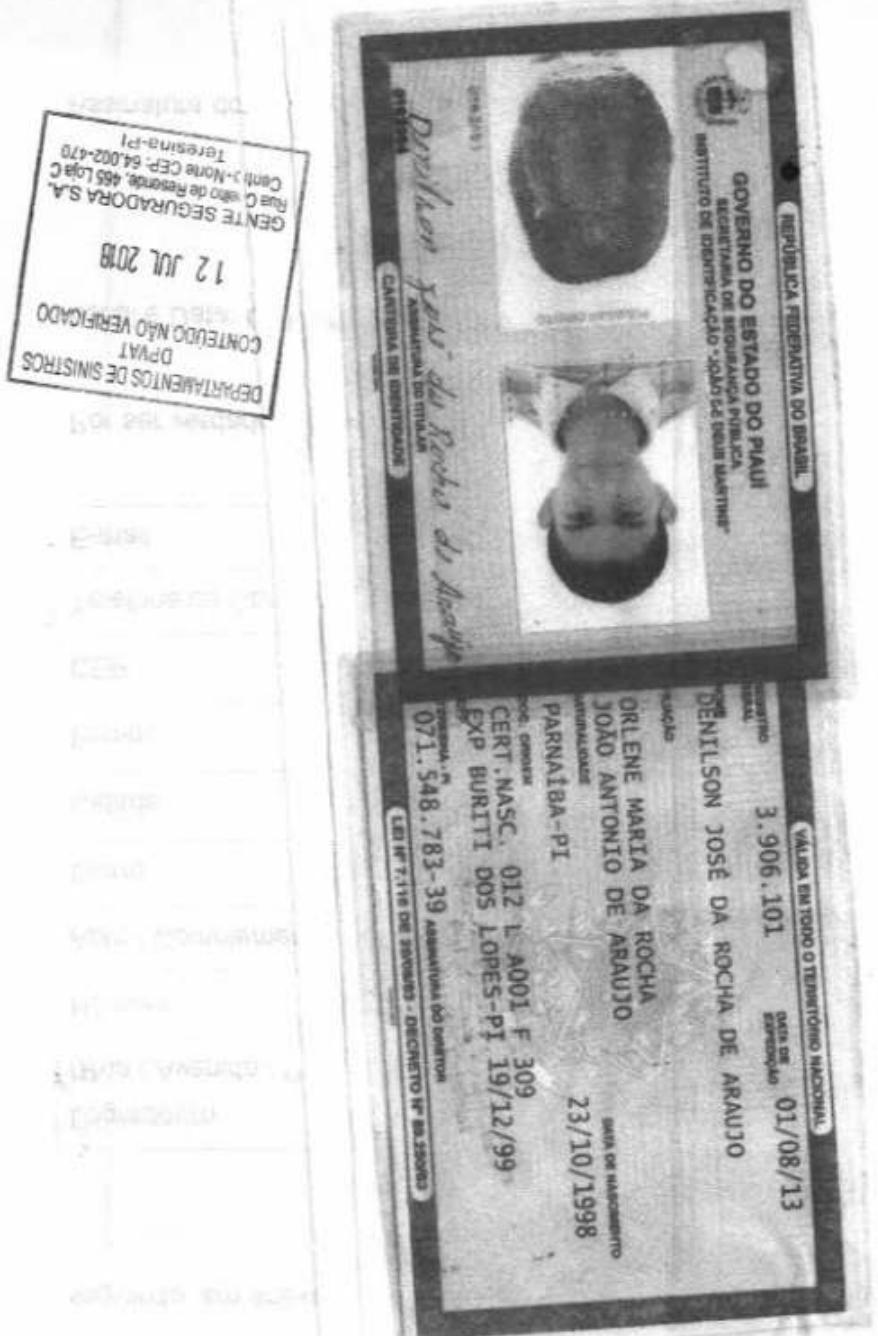
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



Francisco de Assis Costa Araujo - CRM: 2498 - PI





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 10:52:10
<http://tjpi.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071310520946000000010196445>
Número do documento: 20071310520946000000010196445

Num. 10750963 - Pág. 31



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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 10:52:10
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007131052094600000010196445>
Número do documento: 2007131052094600000010196445

Num. 10750963 - Pág. 32

A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓCIOS DPVAT

SINISTRO: 3180320984

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

Eu, DENILSON JOSÉ DA ROCHA DE ARAÚJO, RG: 3.906.101, CPF: 071.548.783-39, residente e domiciliado na cidade de Caraúbas do Piauí-pi, sofri acidente de transito em 25/12/2017, tendo sofrido (TCE GRAVE), sendo levado ao Hospital Estadual Dirceu Arcoverde, onde fui transferido para o instituto práxis sendo submetido a tratamento clinico ficando vários dias internado com uso de antiinflamatório, antibióticos sendo liberado depois de alguns dias para realizar tratamento domiciliar , hoje me encontro com varias seqüelas permanente:(DORES CONSTANTES, TONTURA, ESQUECIMENTO, DISTÚRBIO DE COMPORTAMENTO, IRRITABILIDADE, CEFALÉIA), e só eu sei o que passei e estou passando.

Para piorar a situação, fiquei surpreso ao ligar para 0800 da seguradora e recebi a noticia de que meu processo tinha negado e que eu não tinha seqüelas para serem indenizadas, peço aos senhores analistas desta **SEGURADORA LIDER** que reavalie o meu processo, pois estou enviando laudo em anexo que com provão minhas reais seqüelas e o grau da mesmas, laudo esse feito por um médico devidamente habilitado que me avaliou pessoalmente e constatou minhas seqüelas..

Sr. Auditores peço aos senhores que reavaliem o meu processo, que tem o número de sinistro acima descriminado e que venham agendar uma pericia médica para cidade de Parnaíba-PI, para que o perito possa identificar minha verdadeira seqüelas...

Caraúbas do Piauí -pi 26/08/2018

Denilson José da Rocha de Araújo.

DENILSON JOSÉ DA ROCHA DE ARAÚJO

REQUERENTE/VITIMA

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



DETRAN - PI Sistema de Recursos de Transito 17/04/2018
Ati Orcamento para Renovacao 12:18:13
MOD. HONDA/POP100 VERMELHA REST: ROUBO: NAO
Placa: OUA7057 RENAVAM: 596109466 Exercicio Atual: 2013 Exerc.Desej. 2018
Ano Cota Vencimento

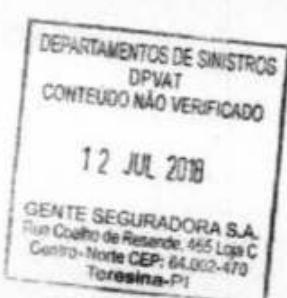
2014 CONSTA DEBITO DE IPVA NA BASE DE DADOS
2015 CONSULTADA PELO DETRAN.
2016 CONSULTE O SITE DA SEFAZ OU DETRAN PARA
2017 MAIORES DETALHES.
2018 CASO NAO APRESENTE DEBITOS NO SITE,
ENTRAR EM CONTATO COM A SEFAZ PARA
QUE EFETUEM A SINCRONIZACAO DOS DADOS.

Ano Renov.	Atraso	Total	Ano Renov.	Atraso	Total	Seguros	2017	185,50
2014	65,80	28,95	2015	65,80	28,95	94,75	2018	185,50
2015	65,80	28,95	2016	65,80	22,37	88,17	Tot.Seguros:	371,00
2017	65,80	15,13	2018	65,80	55,93	55,93	Multas :	
Tot.Renovacao:				414,53			Total Geral :	785,53
Cmd:	Aplic:	IPV90IA	Mapa:	IPV90IM2	Usuario:	ANDRESSA		
-----PF1-----PF12--								

PROPRI.: FRANCISCA MARIA DA ROCIA DE ARAUJO PARC: NAO SNG: OK

CHASSI: 9C2HB0210ER 418103

400



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180433019 **Cidade:** Luís Correia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DENILSON JOSE DA ROCHA DE **Data do acidente:** 25/12/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
ARAUJO

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO ENCEFÁLICO.

Descrição do exame AO EXAME APRESENTA-SE ORIENTADO, LÚCIDO, EUPNEICO, RESPONDENDO AS SOLICITAÇÕES VERBAIS, NÃO
médico pericial: DETECTADO DEFÍCIT NEUROLÓGICO.

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR. PACIENTE COM QUEIXA DE TONTURA, CEFALÉIA, CONFUSÃO MENTAL.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 03/10/2018

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Parnaíba.

Médico examinador: Francisco de Assis Costa Araujo

CRM do médico: 2498

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: **DENILSON JOSÉ DA ROCHA DE ARAUJO**
Nacionalidade: **BRASILEIRO** Estado Civil: **SOLTEIRO**
Profissão: **AUTONOMO**
Identidade: **3.906.101 SSP /SP CPF: 071.548.783-39**
Endereço: **RUA ADRIÃO PORTELA , N:91**
Bairro: **URBANO** Cidade: **CARAÚBAS DO PIAUÍ-PI**
CEP: **64.233-000**



OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Nome: **VALDEMIR GOMES NUNES**
Nacionalidade: **BRASILEIRO** Estado Civil: **DIVORCIADO**
Profissão: **AUTONOMA**
Identidade: **2.826.907 SSP-PI CPF: 040.652.233-26**
Endereço: **PV MALHADA GRANDE, S/N, Bairro: RURAL Cidade : CARAÚBAS DO PIAUÍ -PI**
CEP: **64.233-000**

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar pedido de indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de, Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionadas com o Seguro Obrigatório – DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima.

DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO

Local e data: Buriti dos Lopes, PIAUI/24/ABRIL de 2018

Denilson José da Rocha de Araujo
Assinatura do Outorgante.

(Reconhecer firma da assinatura do outorgante em cartório por autenticidade)



OBS: ESTA PROCURAÇÃO NÃO OFERECE PODERES PARA QUE MEU PROCURADOR OU QUALQUER OUTRA PESSOA RECEBA DINHEIRO, FAÇA SAQUE OU CONTRA RECIBO DA INDENIZAÇÃO EM MEU NOME.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0340913/18

Vítima: DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO

CPF: 071.548.783-39

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/12/2017

Titular do CPF: DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

VALDEMIR GOMES NUNES : 040.652.233-26

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

DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO : 071.548.783-39

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: 18/09/2018
Nome: VALDEMIR GOMES NUNES
CPF: 040.652.233-26

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2018
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

VALDEMIR GOMES NUNES

Danielle Nobre de Sousa



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 10:52:10
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007131052094600000010196445>
Número do documento: 2007131052094600000010196445

Num. 10750963 - Pág. 38



Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO**

Nº Sinistro: **3180433019**
Vitima: **DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO**
Data do Acidente: **25/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **VALDEMIR GOMES NUNES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180433019**.

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 13373308





Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO

Sinistro: 3180433019
Vítima: DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO
Data do Acidente: 25/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: VALDEMIR GOMES NUNES

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número 3180433019 foi interrompido, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Pag. 00779/00780 - carta_02 - INVALIDEZ

00660390

Carta nº 13417580



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 10:52:10
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007131052094600000010196445>
Número do documento: 2007131052094600000010196445

Num. 10750963 - Pág. 40



Rio de Janeiro, 05 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO

Nº Sinistro: 3180433019
Vitima: DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO
Data do Acidente: 25/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: VALDEMIR GOMES NUNES

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180433019**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **25/12/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site www.seguradoralider.com.br, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01439/01440 - carta_04 - INVALIDEZ

00040720

Carta nº 13447709



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 10:52:10
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007131052094600000010196445>
Número do documento: 2007131052094600000010196445

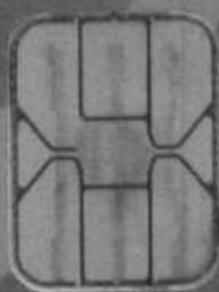
Num. 10750963 - Pág. 41

CAIXA POUPANÇA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2018

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



6277 8015 4590 3936

VÁLIDO ATÉ

05/21

DENILSON JOSE R ARAUJO

4366 013 00010524-8



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 10:52:10
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007131052094600000010196445>
Número do documento: 2007131052094600000010196445

Num. 10750963 - Pág. 43



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 115525.001132/2018-99

Unidade de Registro: DP DE LUIS CORREIA

Resp. pelo Registro: Marcus Vinicius Oliveira De Sousa

Data/Hora: 11/06/2018 - 22:00

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE LUIS CORREIA

Data/Hora

25/12/2017 - 05:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

456878

473036

Bairro

Município

LUIS CORREIA

OUTROS - ZONA RURAL

Endereço

PI 213, NA LOCALIDADE JACOBINA - CAXINGÓ/PI, N°:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 3906101

Mãe: ORLENE MARIA DA ROCHA

Endereço: RUA ADRIÃO PORTELA, N° 91

Complemento: ZONA RURAL

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: CARAÚBAS DO PIAUÍ

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2018

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

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA POP100

2013 OUA7057 9C2HB0210BR418103

596109466

Vermelha

Condutor: DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO

RG: 3906101 Órgão: UF RG:

End: RUA ADRIÃO PORTELA Número: 91 Complemento: ZONA RURAL

Cidade: CARAÚBAS DO PIAUÍ UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: FRANCISCA MARIA DA ROCHA DE ARAUJO

Cidade: CARAÚBAS DO PIAUÍ UF: Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VITIMA CONDUZIA A MOTOCICLETA DESCrita EM CAMPO ACIMA, TRAFEGAVA NA PI-213 NA LOCALIDADE JACOBINA, NA DATA E HORA ACIMA CITADAS, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA VINDO A CAIR, SENDO SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DAQUELA LOCALIDADE E CONDUZIDO PARA O HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE NA CIDADE DE PARNAIBA/PIE SENDO TRANSFERIDO POSTERIORMENTE PARA O HOSPITAL SANTA EDWIGES, TENDO DADO ENTRADA COM TCE. CONFORME DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO. É ESTE O REGISTRO.

Marcos Vinícius Oliveira De Sousa - Mat. 0089133
AGENTE DE POLÍCIA

Denilson Jose da Rocha de Araujo
DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO - Noticiante
Responsável pela Informação





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 115525.001132/2018-99



Delegado de Polícia

Demilson José da Rocha de Araújo



Boletim de Ocorrência emitido em: 11/06/2018 22:00 - SisBO@2011-2018 ATI

Página 2/2



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 10:52:10
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007131052094600000010196445>
Número do documento: 2007131052094600000010196445

Num. 10750963 - Pág. 45



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima: **Denilson José da Rocha de Araújo** CPF da Vítima: **071.548.783-39** Data do Acidente: **25/12/2017**

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 obtenção de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

Não há estabelecimento do IML que atende 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 com prazo de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo de prova do Seguro DPVAT (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 este documento 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 Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau de 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.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2018

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

CAMUBAS-PI 05 de julho de 2018
Local / Data

Denilson José da Rocha de Araújo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAU.001.V001.1007



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 10:52:10
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007131052094600000010196445>
Número do documento: 2007131052094600000010196445

Num. 10750963 - Pág. 46

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
RUA RODRIGO COIMBRA,
RODOVIARIA - ARACAJU/PI - 64210-470
CNPJ: 06523564015593
(86) 3223-7189 - ()

Ficha de Atendimento Pronto Atendimento
Atendimento: P024.031 Registro: 145633
Data: 25/12/2017 Hora: 07:01:00
Funcionário: MAYRA/031 Tipo: CONSULTA
Senha: 27 Sexo: MASCULINO
SUS:

DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO

Nasc.: 23/10/1999 Idade: 18 ANOS, 2 MESES, 2 DIAS Profissão:

End.: RUA ADRIAO PORTELA, 31 -

Bairro: CAIXA DA AGUA

Cidade: CAXIAS DO PIAUÍ

IBGE: 2202539 Cor: SEM

Mãe: ORLENE MARIA DA ROCHA

Tel.: (86) 9812-1623

CEP: 6

Clinica: CLÍNICA

Documento: 1 - HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

Responsável: DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO - O MESMO

Temp.: °C

Press. Kr

P.A.:

Procedimentos

25/12/2017 7:01 0301060061 ATENDIMENTO E URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

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

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO

Perdeu a moto com ferimento no colo.

Exame clínico/Exame:

EEG: 15.

Diagnóstico provável:

*Ao exame:
perda no lado esquerdo extenso*

Medicação:

*MS Sotol
centro
sem níveis colab de 05*

*SUMA
04.01.02.0005.8*

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

*atendido
atendido
atendido
atendido*

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2018

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



002571127

Eletrobras
Distribuição Piauí

Para contato com a
Eletrobras, informe
esta NÚMERO

SEU CÓDIGO
0458939-4

Nº da Vista Fimal:

A. Série Digital da Energia Elétrica - TUEZ Relatório

para o mês de 10/2017 entre 20 e 26 de fevereiro de 2018.

CONTA MENSAL

VENIMENTO

FEVEREIRO/2018 **07/03/2018**

105

55,97

ORLENE MARIA DA ROCHA
R. ADRIAO PORTELA 91 91 B-URBANO
CPF: 00002896310339
CEP: 64.233-000 - CARAUBAS DO PIAUI ROT: 142.339.20.37.70940

DATA DA LEITURA	ANO	DATA DA LEITURA	ANO
Atura	13064	Atura	28/02/2018
Atura	12959	Atura	30/01/2018
Consumo de Multiprodução	1.000	Próxima Leitura:	29/03/2018
Consumo Médio:	105	Entrega:	26/02/2018
Consumo Faturado:	105	Agendamento:	28/02/2018
	FCAM		

NORMAL		CONTRIBUICAO P/ O CONSUMIDOR		29	
BÁSICO DA UNIDADE DE CONSUMIDOR					
Código Subsistema	Ligação	Número Medidor	Período	Config. Ref.	Média 12 meses
RESID. Bx. RENDA	HONO	A718319		1.4.1.1	105
INSTALAÇÃO AREA		DETALHAMENTO DA CONTA			
JAN/18	143	CONSUMO	30 A R\$ 0,251714 =	7,55	
DEZ/17	113	70 A R\$ 0,431523 =	30,20		
NOV/17	100	5 A R\$ 0,647279 =	3,23		
OUT/17	98	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	6,19		
SET/17	105	DIFERENCA DE TARIFA	36,04		
AGO/17	108	SUBVENCAO BAIXA RENDA	27,24-		
JUL/17	106				
JUN/17	109				
MAI/17	118				
ABR/17	103				
TARIFA SEM TRIBUTOS:					
30 x 0,25 = 0,7500					
30 x 0,43 = 0,1290					
5 x 0,64 = 0,3200					
30 x 0,10 = 0,4800					

COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERA
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERA
LIGUE 0800 0800 0800 E FAÇA O PCP VENCIMENTO 15 18 15 20 25
Parabéns! Até o dia 26/02/2018, não constatamos futuras vencidas
nessa Unidade Consumidora.

REGISTRADO AO FIMCO: 9A34.2D96.64A6.4D3F.C712.7ADC.5E2A.E227

COMPROMISSO DA CONTA	IMPORTE DE TÍTULOS
16,62	97,41

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 10:52:10
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007131052094600000010196445>
 Número do documento: 2007131052094600000010196445

Num. 10750963 - Pág. 48