

Controle de x Audiências x Upload x PJ Acesso 1º x PJ Consulta p x PJ 0800840-06 x Merge PDF x WhatsApp x Caixa de ent x +

Não seguro | tjpj.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=2565559&ca=41fe353a8262e377adb699... | 100% | 88

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

PJE ProceComCiv 0800840-06.2019.8.18.0043
DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO...

10750957 - CONTESTAÇÃO (2733442 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 13/07/2020 10:52:10

13 Jul 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 10750945 - CONTESTAÇÃO
 - 10750957 - CONTESTAÇÃO (2733442 CONTESTACAO 01)
 - 10750963 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (processo administrativo)
 - 10750967 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 10750969 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 10750971 - PROCURAÇÕES OU SUBTABELAMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 10

2733442- CS/ 2020-02535/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BURITI DOS LOPES/PI

prot + proc adm.pdf prot + cont.pdf pa.pdf c.pdf prot + pç.pdf Exibir todos x

PT 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



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 758 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.842.748/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.383-5)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impostos autorizado pela SIAFZ 06/08

Para emitido com o
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
1510427-3

Nº de Nota Fiscal

006903329

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2018	18/06/2018	193	174,21

VALDEIR GOMES NUNES

PV MALHADA GRANDE S/N B-RURAL

CPF: 00004065223326

CEP: 64.233-000 - CARAUBAS DO PIAUÍ

ROT: 129.339.07.84.012010

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	4476	Atual:	11/06/2018
Anterior:	4283	Anterior:	10/05/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	12/07/2018
Consumo Medidor:	193	Ometido:	08/06/2018
Consumo Faturado:	193	Apresentar:	11/06/2018
NORMAL		32	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código TCU	Módulo 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1667086		1.1.1.1	164

HISTÓRICO (KWH)		DESCRICO DA CONTA	
MAI/18	243	CONSUMO	193 A R\$ 0,787140 = 151,91
ABR/18	146	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	22,30
MAR/18	171	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	1,26
FEV/18	143	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	3,31
JAN/18	210		
DEZ/17	180		
NOV/17	188		
OUT/17	191		
SET/17	166		
AGO/17	141		

TARIFA DE TRIBUTOS:
0 A 193 - 0,27048

MENSAJENS IMPORTANTES E AVISO DE VENCIMENTO

Nes./Ano Valor R\$ 05/2018 130,01
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 26/06/2018, em função das contas reatadas nesta fatura. O não pagamento desta fatura, bem como a inclusão do nome do consumidor na SCREN, impedem ainda a existência de créditos e a reatadação no valor de R\$ 130,00 (valor histórico). Caso tenha efetuado 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.9B17.3747.A662

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



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 758 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.842.748/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.383-5)

SEU CÓDIGO

1510427-3

TOTAL A PAGAR - R\$

174,21

MÊS FATURADO

06/2018

VENCIMENTO

18/06/2018

Nº de Nota Fiscal

006903329

FCAM

83630000001 2 74210017000 7 00000001510 7 42730618000 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/biblioteca/web/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 COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu VALDEMIR GOMES NUNES inscrito (a) no CPF nº 40.652.233/26, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário DEMILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO inscrito (a) no CPF sob o nº 071.548.783/39, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima DEMILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO, inscrito (a) no CPF sob o nº 071.548.783/39, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSO-MA Renda: RECUSO-MA 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>PU MALHADA GRANDE</u>		Número	<u>S/N</u>	Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>RURAL</u>	Cidade	<u>CARAJAS DO PIANI</u>	Estado	<u>PI</u>	CEP
Email	<u>Valdemir.gomes29@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD)	<u>86/998346526</u>	Telefone celular (DDD)	<u>86/998410689</u>

CARAJAS-PI de 05 de JULHO de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante





Dr. Felipe Machado
ORTOPEDISTA
MEDICINA DO TRABALHO
CRM PI 3658

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

Denilson Jose da Rocha de Araújo
LAUDO AO DPVAT

Paciente sofreu acidente de trânsito
em 25/12/2017, com Trauma Crânio
Encefálico evoluiu com Síncope.
Submetido a Intubação por 10 dias.
Alta Clínica, Perde funções
50%. Crânio devido de déficit
neurológico e psiquiátrico de
Inutilidade, distúrbio de
comportamento, Hematoma Subgaleal
Fronto-parietal à Direita ;
Cefaleia Recorrente.

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

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

RUA ADELINO DE ABREU, Nº 346 / COCAL DA ESTAÇÃO -PI
(86)99918-8366 / 3362-1038

10/08/18



HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
RUA SOARES COIMBRA,
RETÓVIAS, MARAÍBA/PI - 64210-470
CNPJ: 06553594/015593
(85) 3323-7188 - ()

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)
Atendimento: P0240311 Registro: 45533
Data: 25/12/2017 Hora: 07:01:00
Funcionario: MAYRA/201 Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
Senha 27 SUS

DENILSON JOSÉ DA ROCHA DE ARAÚJO

CPF: - RG: - SUS:

Nasc.: 25/10/1999 Idade: 18 ANOS, 2 MESES, 2 DIAS Profissão: Civil: CEP:

End.: RUA ADRIANO PORTELA, 91 - Bairro: CAIXA DA AGUA Cidade: CARIACAS DO PIAUÍ

IRGE: 2202539 Cor: SEM Mãe: ORLENÉ MARIA DA ROCHA Tel.: -/(86) 9812-1023

Clinica: CLÍNICA

Documento: 1 - HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

Responsável: DENILSON JOSÉ DA ROCHA DE ARAÚJO O MESMO Temp.: °C Peso: Kg P.A.:

Procedimentos

25/12/2017 7:01 0301000051 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

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

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO

Exame clínico/físico

Diagnóstico provável:

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

Ass: Técnico

DEPARTAMENTO 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,
RODOVIÁRIA, PARNAIBA/PI - 64216-470
CNPJ: 06553564015593
(86) 3323-7188 - ()

Ficha de Atendimento (Emergência)

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

Registro: 4458
Hora: 11:07:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SUS

Senha 68

DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO

Nasc.: 23/10/1999 Idade: 18 ANOS, 2 MESES, 3 DIAS Profissão:
End.: RUA ADRIÃO PORTELA, 91 Bairro: CAIXA DA AGUA
Cidade: CARAUBAS DO PIAT. Mãe: ORLENE MARIA DA ROCHA
Circ: SEM Telefone: ()

CPF: - RG: 3906101 - SUS: 161211122560066

Clinica: **CLÍNICA MÉDICA**

Demanda: DEMANDA ESPONTANEO

Atendimento de **URGÊNCIA**

Procedimentos

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA
01 CONSULTA (ACOLHIMENTO)

História Clínica/Exame físico:

Hora: 11:29:00
☐ Internação

Exames Complementares:

Diagnostico provavel:

TCE

Prescrição Médica:

① TC de crânio

② Rx neurologia.

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 - Não Urgente

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

Transferir

Alergias: NEGA ALERGIA

Medicação Usual:

PA: 110x70 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

Conduta: AO CLINICO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2018

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

440922 - LIZIANNE DE FATIMA BESSA AMARAL
Enfermeiro Responsável

Hora:

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino:

FRANCISCA MARIA

100 - MEDICO DE PLANTÃO





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE



NOTA DE SALA DE CIRURGIA

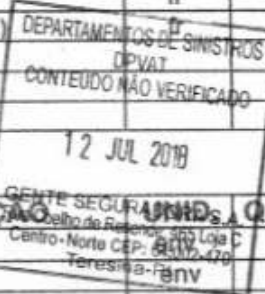
NOME: Dencirton José de Rocha de Azevedo
INICIO: _____ HORA. TÉRMINO: _____ HORA DURAÇÃO: _____ HORAS
CIRURGIA: _____ CIRURGIÃO: _____
1º AUXILIAR: _____ ANESTESISTA: _____

MEDICAMENTOS DE SALA

ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.
Adrenalina	amp		Neocaína pesada	amp	
Água estéril 10mL	amp		Neocaína s/ vaso	amp	
Atropina	amp		Ocitocina	amp	
Clorpromazina	amp		Pancurônio	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	x
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		Xilocaína 2% s/ vaso	fr	x
Methergim	amp		Xilocaína 2% c/ vaso	fr	
Naloxona	amp		Xilocaína 5% (pesada)	fr	
Neocaína c/ vaso	amp				

MATERIAIS DE SALA

ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	UNID.	QUANT.
Abocath nº	um		Algodão c/ agulha nº	env	
Agulha descart. 40x12 25x7	uma	2 cod	Algodão c/ agulha nº	env	
Agulha 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	2 x
Equipo p/ transfusão sanguínea	um		Mononylon nº 2.0	env	1 x
Lâmina p/ bisturi nº x	uma	20	Prolene nº	env	
Luva estéril nº 7.5	par	3	Prolene nº	env	
Luva p/ proced. nº x	par	x	Vicryl nº	env	
Scalp nº	um		Vicryl nº	env	
Sonda foley 2 vias nº	uma				
Sonda foley 3 vias nº	uma		O2	mm³	
Sonda nasogástrica nº	uma				
Sonda vesical simples nº	uma				
Coletor de urina	um				
Clamp umbilical	um				



UTILIZADO MATERIAL ÓRTESE/ 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: 20171929
Tipo: IDENTIDADE
Profissão:
Endereço: RUA ADRIÃO PORTELA Nº1
Telefone: () -
Celular: (86)8108-0445
Paciente: DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO
Documento: 3906101
Mãe: ORLENE MARIA DA ROCHA
Orgão Emissor: SSP
Data Emissão: 01/03/2013
Nascimento: 23/10/1999
Idade: 19
Sexo: M
Estado Civil: SOLTEIRO(A)
País: JOAO ANTONIO DE ARAUJO
CPF: 071.548.783-39
Raça / Cor: PARDA
Cidade: CARAUBAS DO PIAUI
UF: PI

Plano - Convênio: S.U.S.
Caráter de Atendimento: URGENCIA
Posto: POSTO II
Profissional Solicitante: EDSON JANSEN
Nº Carteira:
Procedência:
Validade:
Especialidade: CLINICO
Leito: ENF - E2 L5
CID: CID Definitivo: *sdp*

EM CASO DE ACIDENTE
Motivo:
Local:
Transferido:
☐ Curado
☒ Melhorado
☐ Inalterado
☐ Piorado
☐ Removido
☐ Pedido
☐ Evasão
☐ Indisciplina
☐ -48 Horas
☐ +48 Horas
☐ Óbito

EXAMES:

[Handwritten signature: J. C. B.]

[Handwritten signature: Denilson Jose da Rocha de Araujo]

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUL 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 - Lapa C
Centro - Niterói CEP: 24.002-470
Niterói - RJ

EDSON JANSEN

DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO

Impressor por: Secretaria - SUS

26/12/2017 19:04:43





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



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome Hamilton José R. de Araújo Leito 0103 Pront.

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

26/12/17	Paciente admitido nesta Instituição de saúde por
26/12/17	veniente do HODA com relato de acidente motor
Enfermagem	crânio há ± 24 horas apresentando sutura
	na região frontal a direita e OR na região pa-
	rental limpa e seca e curativos em MSE e MED
	4 sinais fisiológicos reflexo cefálico e miotímico. L
	colmeia patológica de base e alergia medica-
	mentosa. Consciente, orientado, fãico e Glasgow
	15. Higienizado, hidratado, normoconado, eu-
	meico e sat O ₂ 95%. desentubulado 4 auxíli-
	deito distal eufônico por VO e eliminação por
	loqueas presas (HE). CF: AC: BVP+, HP: M+
	4 RA e H7B. RAA+ 4 dor a palpacao. Bra-
	des: 20 e frequência 12. Condição estável em
	relação as normas e rotinas da Instituição.
27/12/17	Paciente eufônico, seguindo o T.M.C. Consciente, orientado
07:30h	fãico e desentubulado sem auxílio. Gota distal
nutricional	por V.O. sem dispnéia e sem dificuldade no
	manuseio. Refere tontura. Eliminação fisiológica:
	Devesse 0 e evacuações 0 até o momento.
27.12.17	Paciente consciente, orientado, fãico, receptivo ao
08:50	diálogo, Glasgow 15, hidratado, eufônico, sup-
Enfermagem	rimo. Gota distal por V.O. Devesse 0 e
	Evacuações 0. Refere tontura. Eliminação fisiológica:
	Devesse 0 e evacuações 0 até o momento.
28.12.17	Paciente consciente, orientado, fãico e Glasgow 15
20:40	Higienizado, hidratado, normoconado, eufônico
Enfermagem	e Glasgow 15. Higienizado, hidratado, normo-
	conado, eufônico e desentubulado 4 auxíli-
	deito distal eufônico por VO e eliminação por
	loqueas presas (HE). CF: AC: BVP+, HP: M+
	4 RA e H7B. RAA+ 4 dor a palpacao. Bra-
	des: 20 e frequência 12. Condição estável em
	relação as normas e rotinas da Instituição.





Sistematização da Assistência de Enfermagem
FICHA DE ADMISSÃO

CONVÊNIO

Paciente: Danielson Tave de Rocha de Araújo 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: Estilista

Faz uso de alguma medicação regularmente? ☐ Sim ☒ Não



Possui alergia medicamentosa? ☐ Sim ☒ Não Quais? Doxonice

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 ☒ Fásico

☐ 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 mrs.p.

Sat: 99%

Anotações de Enfermagem Glicemia: 115 mg/dl

As: 18:30hs Paciente admitido. Provavelmente do HEDB. História de acidente motoricelástico. Apresentando sequelas no membro lateralizado. Exceções nos MMSS e MMII na parte de torso dos membros. Refere epiforia intensa e vertigem. Encaminhado ao Banco de aspiração. Prescrito AVP em MSE pelo n-22

Jamires de Souza Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-PA 672.378



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome Danilton José da R. de Araújo Leito 01-03 Pront.

29.12.17 08:53 Paciente consciente, orientado, fôlego, HLL ptiseo ao auscultaç. gláuc. 15. Regime alimentar, usual, normal, sup. líquido. Boa tolerância de dieta por V.O. Glóbulos vermelhos, plaquetas, leucócitos e hematócrito (SIC). Com HVP em MSEC (26/12) Mandam o paciente corte - contínuo, pulverizado na região frontal à direita e região parietal com sonda flogística. Segue sob os cuidados de enfermagem. Prax
Lorena Brito F. Mendes
Enfermeira
COREN-PI 232.816

30.12.2017 16:33 Paciente, orientado, passivo receptivo ao diálogo, calmo e cooperativo. Gláuc. 15. Responder ao ambiente. Normotensão pulmonar corte/pulverizado em região frontal à (D) e região parietal. Sonda de aspiração e endoscopia no período (sic) HVP para punção (Maddox) Repete medidas no quadro clínico. Segue sob os cuidados de dieta da equipe de Enfermagem. Prax
Dr. Adilson Lopes Almeida Gondim
COREN-PI Nº 46.520 ENF

31.12.17 09:51 Paciente consciente, orientado, fôlego, receptivo ao diálogo, gláuc. 15. Regime alimentar, usual, normal, sup. líquido. Boa tolerância de dieta por V.O. Glóbulos vermelhos, plaquetas, leucócitos e hematócrito (SIC). Com HVP em MSEC (26/12) Mandam o paciente corte - contínuo, pulverizado na região frontal à direita e região parietal com sonda flogística. Segue sob os cuidados de enfermagem. Prax
Lorena Brito F. Mendes
COREN-PI 232.816

01.01.17 16:00 Receber alta por melhora

Prax
COREN-PI 232.816

DEPARTAMENTO 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



Instituto



PRESCRIÇÃO

PACIENTE: DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO

CAT.: S.U.S.

A.I.H.:

APARTAMENTO:

LEITO: ENF - E2 L5

DATA: 27/12/2017

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	14x	20x	22
Dipirona ev 8/8 hrs				
Plasil I.M S/N		14x	12	06
Ranitidina EV 8/8 hrs		14x	12	08
Hidantal 1 ml+8 ml SF EV 8/8 hrs		14x	12	08
Cefalexina 500 mg VO 8/8 hrs			2x	
Cipro 500 mg VO 12/12hrs	10x			
Mecadron 4mg ev 1x/dia	10x		12	
Diazepam 10mg VO 20hrs	12x		2x	
Tramal 1amp+100 ml SF EV 12/12 hrs				
Curativo				

EVOLUÇÃO CLÍNICA

α . e . E .

Dr. Edson Jansen
Neurologista
CRM-PI 2881

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



PRESCRIÇÃO

Instituto



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	10x
Dipirona ev 8/8 hrs		14x	10x	10x
Plasil I.M S/N			10x	10x
Ranitidina EV 8/8 hrs		14x	10x	10x
Hidantal 1 ml+8 ml SF EV 8/8 hrs		14x	10x	10x
Cefalexina 500 mg VO 8/8 hrs		14x	10x	10x
Cipro 500 mg VO 12/12hrs	10x		10x	
Decadron 4mg ev 1x/dia	10x		10x	
Diazepam 10mg VO 20hrs			10x	
Tramal 1amp+100 ml SF EV 12/12 hrs	12x		10x	
Curativo				

EVOLUÇÃO CLÍNICA

4.0.8

Dr. Edson Jansen de Miranda
Neurologia
CRM-PI 2881



PRESCRIÇÃO

Instituto



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/		22x	
Dipirona ev 8/8 hrs		14x	22x	06
Plasil I.M S/N			22x	06
Ranitidina EV 8/8 hrs		14x	22x	06
Hidantal 1 ml+8 ml SF EV 8/8 hrs		14x	22x	06
Cefalexina 500 mg VO 8/8 hrs		14x	22x	06
Cipro 500 mg VO 12/12hrs	10/		22x	
Decadron 4mg ev 1x/dia	10/		22x	
Diazepam 10mg VO 20hrs			22x	
Tramal 1amp+100 ml SF EV 12/12 hrs	10/		22x	
Curativo			22x	
EVOLUÇÃO CLÍNICA				
J. C. B.				

Dr. Edson Jansen
Neurologista
CRM-PI 2881



PRESCRIÇÃO

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)	10 ^h		10 ^h	
Dipirona ev 8/8 hrs		14 ^h	10 ^h	18 ^h
Plasil I.M S/N			10 ^h	18 ^h
Ranitidina EV 8/8 hrs		14 ^h	10 ^h	18 ^h
Hidantal 1 ml+8 ml SF EV 8/8 hrs		14 ^h	10 ^h	18 ^h
Cefalexina 500 mg VO 8/8 hrs		14 ^h	10 ^h	18 ^h
Cipro 500 mg VO 12/12hrs	10 ^h		10 ^h	18 ^h
Decadron 4mg ev 1x/dia	10 ^h			
Diazepam 10mg VO 20hrs			10 ^h	
Tramal 1amp+100 ml SF EV 12/12 hrs	12 ^h		10 ^h	
Curativo				

EVOLUÇÃO CLÍNICA

d. e. b.

Edson Jansen



PRESCRIÇÃO

Instituto



PACIENTE: DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO

CAT.: S.U.S.

A.I.H.:

APARTAMENTO:

LEITO: ENF - E2 L5

DATA: 31/12/2017

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	14x	20	22
Dipirona ev 8/8 hrs			22	24
Plasil I.M S/N		14x	22	24
Ranitidina EV 8/8 hrs		14x	22	24
Hidantal 1 ml+8 ml SF EV 8/8 hrs		14x	22	24
Cefalexina 500 mg VO 8/8 hrs			22	
Cipro 500 mg VO 12/12hrs	10x			
Decadron 4mg ev 1x/dia	10x		22	
Diazepam 10mg VO 20hrs			22	
Tramal 1amp+100 ml SF EV 12/12 hrs	10x		22	
Curativo				

EVOLUÇÃO CLÍNICA

d. c. b.

Dr. Edson Jansen R. de A. Araújo
Neurocirurgia - 22000000-0
CRM-PI 2881





Instituto

INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO, CULTURA, E AÇÃO SOCIAL
CNPJ Nº 05.481.950/0002-80
R. Anísio de Abreu, Nº 164 - São José - Parnaíba-PI
CEP: 64.218-200 - Fone: (86) 3322-2959
email: nucleohospitalarpraxisparnaiba@gmail.com

Sistematização da Assistência de Enfermagem

Data 26.12.17

LETO 03 Nº PROCTUÁRIO 00171929

MOVIÇÕES DE ENFERMAGEM

AS 14:30 h

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

SICAR VITÁRI

SECRETARIA

COORDENADOR

COORDENADOR

COORDENADOR

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DR/VAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUL 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Almeida, 365 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

UNIDADE	ENF	LETO	Nº PROCTUÁRIO
01	01	03	00171929
Módulo 1			
Módulo 2			
Módulo 3			
Módulo 4			
Módulo 5			
Módulo 6			
Módulo 7			
Módulo 8			
Módulo 9			
Módulo 10			
Módulo 11			
Módulo 12			
Módulo 13			
Módulo 14			
Módulo 15			
Módulo 16			
Módulo 17			
Módulo 18			
Módulo 19			
Módulo 20			
Módulo 21			
Módulo 22			
Módulo 23			
Módulo 24			
Módulo 25			
Módulo 26			
Módulo 27			
Módulo 28			
Módulo 29			
Módulo 30			
Módulo 31			
Módulo 32			
Módulo 33			
Módulo 34			
Módulo 35			
Módulo 36			
Módulo 37			
Módulo 38			
Módulo 39			
Módulo 40			
Módulo 41			
Módulo 42			
Módulo 43			
Módulo 44			
Módulo 45			
Módulo 46			
Módulo 47			
Módulo 48			
Módulo 49			
Módulo 50			
Módulo 51			
Módulo 52			
Módulo 53			
Módulo 54			
Módulo 55			
Módulo 56			
Módulo 57			
Módulo 58			
Módulo 59			
Módulo 60			
Módulo 61			
Módulo 62			
Módulo 63			
Módulo 64			
Módulo 65			
Módulo 66			
Módulo 67			
Módulo 68			
Módulo 69			
Módulo 70			
Módulo 71			
Módulo 72			
Módulo 73			
Módulo 74			
Módulo 75			
Módulo 76			
Módulo 77			
Módulo 78			
Módulo 79			
Módulo 80			
Módulo 81			
Módulo 82			
Módulo 83			
Módulo 84			
Módulo 85			
Módulo 86			
Módulo 87			
Módulo 88			
Módulo 89			
Módulo 90			
Módulo 91			
Módulo 92			
Módulo 93			
Módulo 94			
Módulo 95			
Módulo 96			
Módulo 97			
Módulo 98			
Módulo 99			
Módulo 100			

MODELO 11



SERVIÇO DE ZAPIA INTENSIVA
INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO, CULTURA, E AÇÃO SOCIAL
CNPJ Nº 05.481.950/0002-80
R. Anísio de Abreu, Nº 184 - São José - Farnalhão-PI
CEP: 64.218-200 - Fone: (86) 3322-2859
email: nucleohospitalarpraxisfarnalhao@gmail.com

Sistematização da Assistência de Enfermagem

Data 23/12/13

NOME	UNIDADE	ENF	LEITO	Nº PROCTUÁRIO
EDNAN SOARES COUTINHO	Praxis	1	3	20171929
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM				
1 - Sensação perceptiva alterada relacionada a				
Outros Abertos				
Esportivamente	4			
Para Falar	3			
Para Dor	2			
Não Responde	1			
Melhor Resposta Motora				
Obedece	6			
Localiza Dor	5			
Retardo	4			
Flexão Anormal	3			
Extensão	2			
Não Responde	1			
Resposta Verbal				
Orientado	5			
Conversação Confusa	4			
Palavras Inapropriadas	3			
Sons Incompreensíveis	2			
Não Responde	1			
Total	3	15		
2 - Diminuição do débito cardíaco relacionado a				
Verificar e Registrar Sinais Vitais 2x horas				
Ritmo Cardíaco				
Perfusão Tissue Periférica				
Avulso				
Padrão Respiratório				
Oximetria Capilar				
Aspectos das Secções Traqueais				
Registrar Parâmetros Vitais				
Tr Model	138 Model	138 Model		
Vit	Vit	Vit		
Fri	Fri	Fri		
Pres	Pres	Pres		
Reg	Reg	Reg		
FIO	FIO	FIO		

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 JUL 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Rezende, 455 Lote C
Centro-Monte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

20130 pet evolu
notas cogito
sem queda de
relatório e visto

THIAGO ANTONIO DE SOUSA
COREN-PI 170

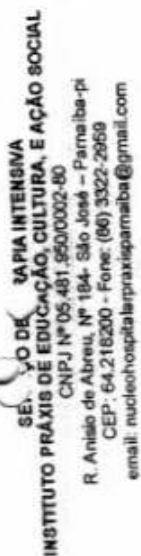
20130 Paciente com
mo, cooperativo. APJ lúcido.
mamte. verificando 5.5V.
Rique de laboratório, urina
e sangue, glicemia 90
e glicose capilares. Pacie
puente e exposto de 500ml
TR de 500ml
COREN-PI 170

Sistematização da Assistência de Enfermagem

Date 28.12.12[illegible]

EGENDA	A. ausente	P. Presente	M. Marcado	R. Riesgo
--------	------------	-------------	------------	-----------

11010



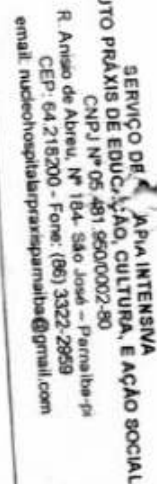
Sistematização da Assistência de Enfermagem

Data 29/12/17
N° PRONTUARIO 2071929

[illegible][illegible]

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071310520946000000010196445>

Número do documento: 20071310520946000000010196445



Sistematização da Assistência de Enfermagem

Date 30.12.18

[illegible]

NOME: Jenilson José da Rocha de Araujo FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA

REGISTRO: _____

LEITO: _____

01/03

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
26/12	1 - Injeção b/w		
12/12	2 - SE 0,7 l. 1500 ml EV 14h/1m (2x)	180 36	
12/12	3 - Arphenes 500 mg EV 18h	180 36	
12/12	4 - Plavix 75 mg. 500 mg	180 36	
12/12	5 - Paracetamol 500 mg EV 8/8 h	180 36	
12/12	6 - Aspirina 100 mg + 8 ml EV 8/8 h	180 36	
12/12	7 - Celecoxib 100 mg EV 8/8 h	180 36	
12/12	8 - Ciprofloxacina 500 mg EV 12/12 h	180 36	
12/12	9 - Prednisona 10 mg EV 5x/dia	180 36	
12/12	10 - Dexametasona 10 mg EV 20:00 h	180 36	
12/12	11 - Tramadol 50 mg + 100 ml EV 12/12 h	180 36	
12/12	12 - Clostetina	180 36	

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

Carla



Sistematização da Assistência de Enfermagem

UNIDADE	INTERVENÇÃO DE INTERVENÇÃO	ENF	HORARIO	LEITO	Nº PRONTUARIO	DATA
06	03	06	03	03	20431984	04.01.18
<p>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DR/VAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 12 JUL 2018 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Centro de Residência 445 Lda C Bairro Jurema CEP: 04.002-000 Torres (RJ)</p>						
<p>1 - Serviço de atendimento telefônico a</p> <p>2 - Diminuição do nível de consciência</p> <p>3 - Função Respiratória Ineficaz</p>						
<p>4 - Avaliação e registro de nível de consciência e Neurologia na Escala de "Glasgow"</p> <p>5 - Outros Abordagens</p> <p>6 - Especificamente</p> <p>7 - Para Falta</p> <p>8 - Para Dor</p> <p>9 - Não Responde</p> <p>10 - Melhor Resposta Motora</p> <p>11 - Obedece</p> <p>12 - Localiza Dor</p> <p>13 - Retirado</p> <p>14 - Flexão Anormal</p> <p>15 - Extensão</p> <p>16 - Não Responde</p> <p>17 - Resposta Verbal</p> <p>18 - Orientado</p> <p>19 - Converte-se Confuso</p> <p>20 - Passar as Inapropriadas</p> <p>21 - Sons Incompreensíveis</p> <p>22 - Não Responde</p> <p>23 - Total 3 15</p> <p>24 - Verificar e Registrar Sinais Vitais 22 horas</p> <p>25 - Ritmo Cardíaco</p> <p>26 - Perfusão Tissue Periférica</p> <p>27 - Avaliar</p> <p>28 - Padrão Respiratório</p> <p>29 - Oximetria Capilar</p> <p>30 - Aspectos das Secreções Traqueais</p> <p>31 - Registrar Parâmetros Ventilatórios</p> <p>32 - Vc ()</p> <p>33 - Vt ()</p> <p>34 - FiO2 ()</p> <p>35 - PEEP ()</p> <p>36 - P ()</p> <p>37 - P ()</p> <p>38 - P ()</p> <p>39 - P ()</p> <p>40 - P ()</p> <p>41 - P ()</p> <p>42 - P ()</p> <p>43 - P ()</p> <p>44 - P ()</p> <p>45 - P ()</p> <p>46 - P ()</p> <p>47 - P ()</p> <p>48 - P ()</p> <p>49 - P ()</p> <p>50 - P ()</p> <p>51 - P ()</p> <p>52 - P ()</p> <p>53 - P ()</p> <p>54 - P ()</p> <p>55 - P ()</p> <p>56 - P ()</p> <p>57 - P ()</p> <p>58 - P ()</p> <p>59 - P ()</p> <p>60 - P ()</p> <p>61 - P ()</p> <p>62 - P ()</p> <p>63 - P ()</p> <p>64 - P ()</p> <p>65 - P ()</p> <p>66 - P ()</p> <p>67 - P ()</p> <p>68 - P ()</p> <p>69 - P ()</p> <p>70 - P ()</p> <p>71 - P ()</p> <p>72 - P ()</p> <p>73 - P ()</p> <p>74 - P ()</p> <p>75 - P ()</p> <p>76 - P ()</p> <p>77 - P ()</p> <p>78 - P ()</p> <p>79 - P ()</p> <p>80 - P ()</p> <p>81 - P ()</p> <p>82 - P ()</p> <p>83 - P ()</p> <p>84 - P ()</p> <p>85 - P ()</p> <p>86 - P ()</p> <p>87 - P ()</p> <p>88 - P ()</p> <p>89 - P ()</p> <p>90 - P ()</p> <p>91 - P ()</p> <p>92 - P ()</p> <p>93 - P ()</p> <p>94 - P ()</p> <p>95 - P ()</p> <p>96 - P ()</p> <p>97 - P ()</p> <p>98 - P ()</p> <p>99 - P ()</p> <p>100 - P ()</p>						





Núcleo Hospitalar

**INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO, CULTURA, E
AÇÃO SOCIAL.**
CNPJ Nº 05.481.970/0002-80
Rua Anísio de Abreu, Nº 184 – Bairro São José - Parmaíba-PI.
CEP: 64.218-200 Fone: (86) 3322-4840.
e-mail: praxisparmaiba@gmail.com

FOLHA DE PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

Wemelson vor die pack

REGISTRO:

LEITO:

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

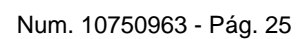
Q. 10. A

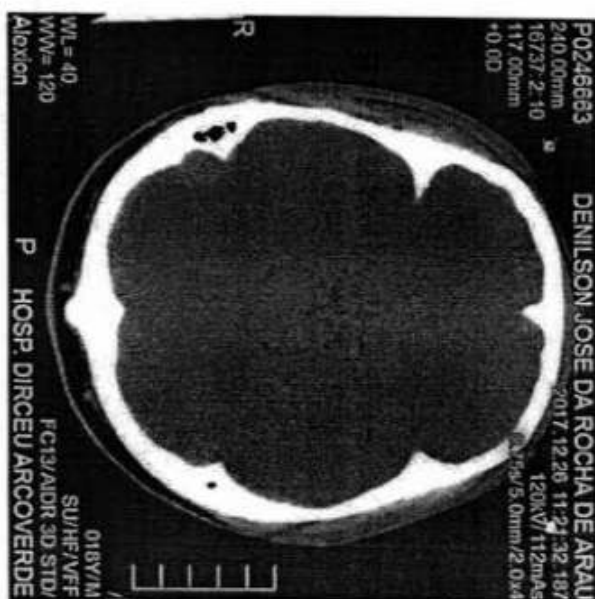
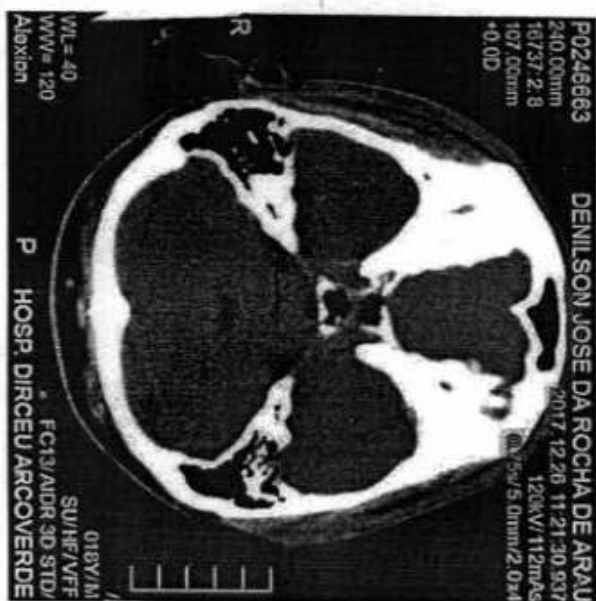
Dr. Edson James A. de Almeida
Neurocirurgia - Neurologia
CRM 22724

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

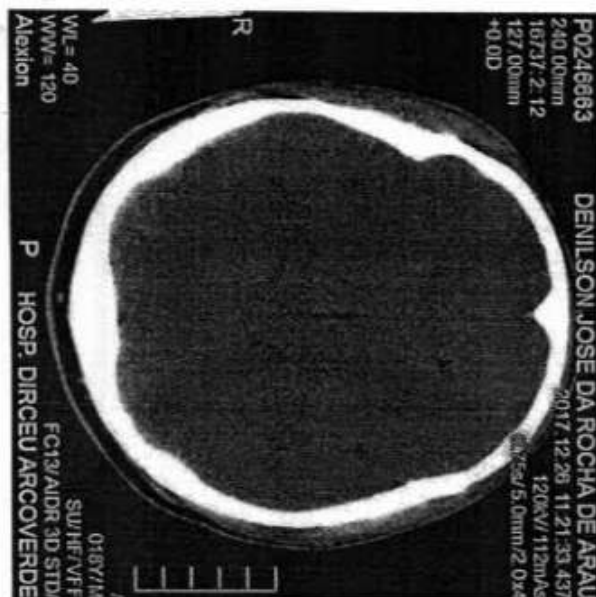
12 JUL 2018

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



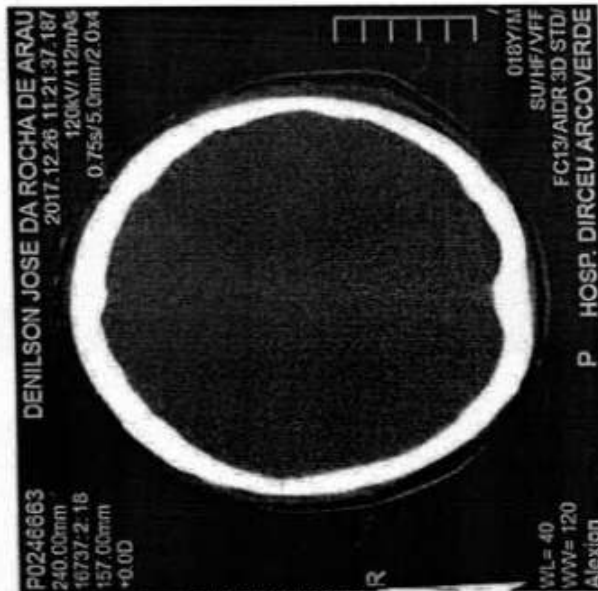
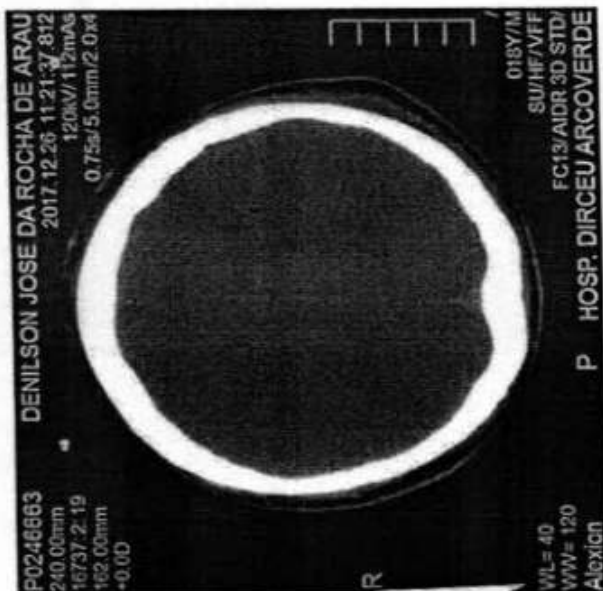
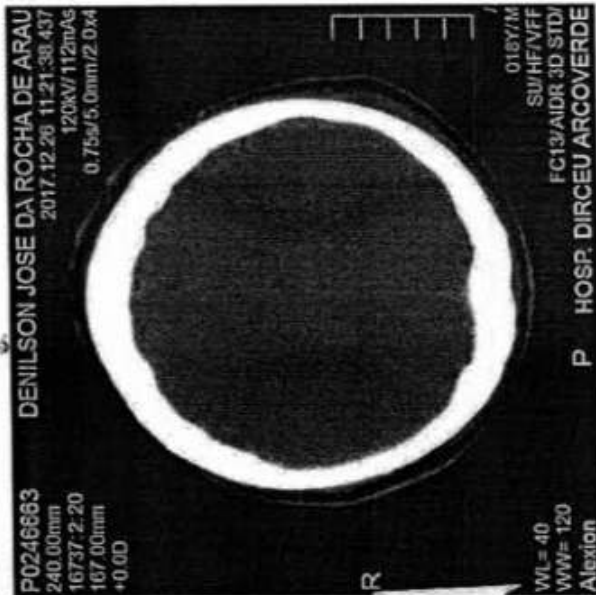
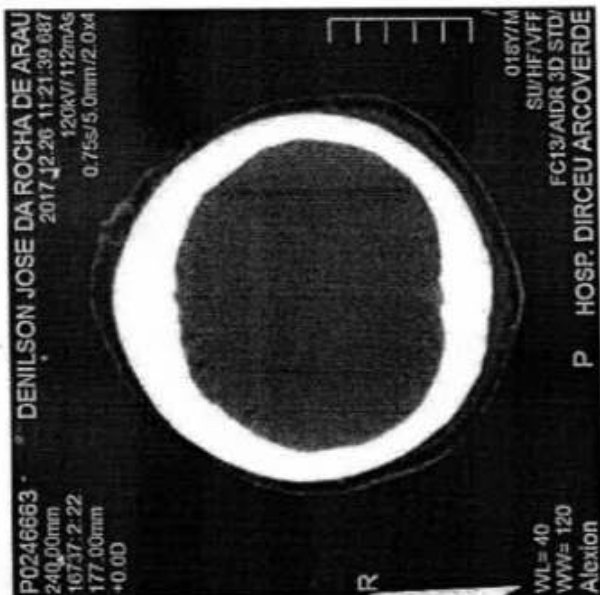


*Acumulação subgaleal
Fronto-parietal
& D.*



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





DEPARTAMENTO 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



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: **9C2HB0210ER418103**

Renavam: **596109466**

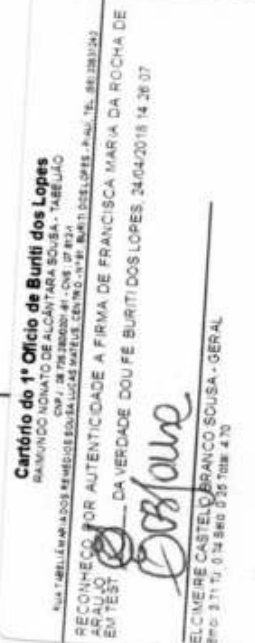
Cor: **VERMELHA**

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 DEFICIT NEUROLÓGICO.

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

[☒] 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 sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☐] Sim [☒] 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

(X) "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



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
12 JUL 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Resende, 465 Loja C
Cant. 3 - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - IODI DE TERESINHA

Dr. Nelson José da Rocha de Araújo

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3.906.101 DATA DE EMISSÃO 01/08/13

DENILSON JOSÉ DA ROCHA DE ARAUJO

ORLENE MARIA DA ROCHA
JOÃO ANTONIO DE ARAUJO

PARNAÍBA-PI DATA DE NASCIMENTO 23/10/1998

CERT. NASC. 012 L A001 F 309
EXP. BUNITI DOS LOPES-PI 19/12/99

071.548.783-39 ASSINATURA DO EMISSOR
LEI Nº 7.118 DE 2008 - DECRETO Nº 88.250/2002

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTÃO NACIONAL DE HABILITACAO

VALDIR GOMES MORAES

DOC. IDENTIFICACAO
2926927 229 21

CPF
040.652.233-26

DATA DE NASCIMENTO
29/04/1988

SEXO
MASCULINO

ENDEREÇO
VALDIR GOMES MORAES

PROFISSAO
CONDUTOR

AC
CONDUTOR

VALIDADE
12/01/2019

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
808980453

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTÃO NACIONAL DE HABILITACAO

PROFISSAO PLASTIFICADA
808980453

DETRAN-PI (PIAUI)

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



A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓCIOS DPVAT

SINISTRO: 3180320984



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 trânsito 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 clínico 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 **SEGURDORA 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



DETRAN - PI

Sistema de Recursos de Trânsito

17/04/2018

Ati

Orçamento para Renovação

12:18:13

MOD. HONDA/POP100

VERMELHA

REST:

ROUBO: NAO

Placa: OUA7057 RENAVAM: 596109466

Exercício 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	28,99	94,75	2014	65,80	28,99	94,75	2018	185,50
2015	65,80	28,99	94,75	2016	65,80	22,37	88,17	Tot.Seguros:	371,00
2017	65,80	15,13	80,93	2018	55,93	55,93	Multas :		
Tot.Renovacao:	414,53			Total Geral :		785,53			

Cnd: Aplic: IPV901A Mapa: IPV901M2 Usuário: ANDRESSA

PROPR.: FRANCISCA MARIA DA ROCHA DE ARAUJO

PARC: NAO

SNG: OK

Chassi: 9C2HB0210ER418103



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO ENCEFÁLICO.

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

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR. PACIENTE COM QUEIXA DE TONTURA, CEFALEIA, 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**



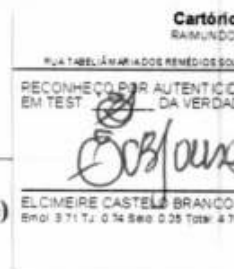
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar pedido de 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: BURTÍ nos Lagos, PIAUÍ 24 ABRIL de **2018**

Denilson José da Rocha de Araújo
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.



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OTORGANTE (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão: ATIVO
Idade: 39 ANOS CPF: 071.548.783-39
Endereço: RUA ADRIANO PORTIELA, Nº 1
Bairro: URBANO Estado: PIAUÍ CEP: 64.133-000

OTORGADO (Dados do Promotor)

Nome: VALDEIR GOMES NUNES
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão: ATIVO
Idade: 18 ANOS CPF: 042.113-18
Endereço: RUA MALHADA GRANDE, Nº 1, Bairro: RURAL Grande: CARABAS DO
PIAUÍ CEP: 64.133-000

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituio meu bastante procurador e outorgado, ambos qualificados, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de acompanhar pedido de indenização do Seguro Obrigatório - DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinar nos formulários de AVISO DE RECEBIMENTO de Recuperação de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo ainda assinar ou receber quaisquer documentos relacionados com o Seguro Obrigatório - DPVAT em meu nome, para fins de direito pertencentes para efeito cumprimento deste mandato.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DO SEGURO DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUL 2018

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

DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO

Local e data: Teresina, 24/04/2018

Mício de Burti dos Lopes

DE ALCANTARA SOUSA - TABELA
16.260.001-81 - CNIS: 07.812-4
NAT: 01.01.01 - Nº 01 - BURITI DOS LOPES - PIAUÍ - TEL: 3513.3011/242

FIRMA DE DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO
FE: BURITI DOS LOPES, 24/04/2018 14:23:57

- GERAL



OBS: ESTA PROCURAÇÃO NÃO OFERECE PODERES PARA OUTRAS AÇÕES, PORQUE O PROCURADOR OU QUALQUER OUTRA PESSOA RECEBA DISTRIBUIÇÃO, FAÇA SAQUE OU CONTRA RECEBO 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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/12/2017

Titular do CPF: DENILSON JOSE DA
ROCHA DE ARAUJO

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



Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2018

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

Nº Sinistro: **3180433019**

Vítima: **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

Pag. 01455/01456 - carta_01 - INVALIDEZ



00020728



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.

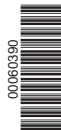
Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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



Carta nº 13417580



Rio de Janeiro, 05 de Outubro de 2018

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

Nº Sinistro: **3180433019**

Vítima: **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



Carta nº 13447709



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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).

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
GENTE PRESENCIAL
12 JUL 2018
Nome: DENILSON JOSÉ DA ROCHA DE ARAÚJO
CPF: 071.548.783-39
Teresina-PI

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

071.548.783-39

Nome completo da vítima

DENILSON JOSÉ DA ROCHA DE ARAÚJO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo DENILSON JOSÉ DA ROCHA DE ARAÚJO		CPF titular da conta 071.548.783-39	Profissão AUTÔNOMO
Endereço RUA ADOÇÃO PORTAL	Número 91	Complemento CASA	
Bairro URBANO	Cidade CARAJAS DO PIÁVI	Estado PIÁVI	CEP 64.233-000
Email		Telefone (DDD) 86/998346526	

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

☐ RECUSO INFORMAR ☒ SEM RENDA

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA NRO. **4366** D/V **10524** D/V **8**

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO.

AGÊNCIA NRO. D/V 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.

CARAJAS DO PIÁVI-PI, 05 de julho de 2018

Local e Data

Denilson José da Rocha de Araújo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



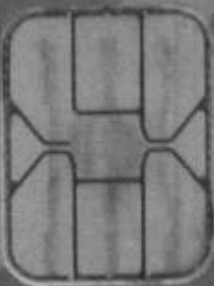
CAIXA

POUPANÇA

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



6277 8015 4590 3936
6277

VÁLIDO ATÉ

05/21

DENILSON JOSE R ARAUJO

4366 013 00010524-8

etc





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

Unidade de Registro: DP DE LUÍS CORREIA

Resp. pelo Registro: Marcus Vinicius Oliveira De Sousa

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE LUÍS CORREIA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

LUIS CORREIA

Endereço

PI 213, NA LOCALIDADE JACOBINA - CAXINGÓ/PI, Nº:

Complemento

Data/Hora

25/12/2017 - 05:30

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO

RG: 3906101

Mãe: ORLENE MARIA DA ROCHA

Endereço: RUA ADRIÃO PORTELA, Nº 91

Complemento: ZONA RURAL

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: CARAÚBAS DO PIAUÍ

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA POP100

Ano: Placa: Chassi:

2013 OUA7057 9C2HB0210BR418103

Renavam:

596109466

Cor:

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: PI 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.

Marcus Vinicius 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

Denilson José da Rocha de Araújo



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

Página 2/2



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 ARAUJO CPF da Vítima: 071.548.783-39 Data do Acidente: 23/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
E-mail	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para a 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 de perícia médica do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior (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.



CAMUÇAS-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

DALJ001 V08L2017



HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
RUA RODRIGUES COIMBRA,
ROMOVIADE, MARAÍBA/PI - 64210-470
CNPJ: 06555964015593
(85) 3323-7188 - ()

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)
Atendimento: P024531 Registro: 145533
Data: 25/12/2017 Hora: 07:01:00
Funcionario: MAYRUIII Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
Senha 27 SUS

DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO CPF: - RG: - SUS:
Nasc: 23/10/1999 Idade: 18 ANOS, 2 MESES, 2 DIAS Profissão: Civil: CEP: E
End: RUA ADRIANO PORTELA, 91 - Bairro: CAIXA DA AGUA Cidade: CARIACULAS DO PIAUI
IBGE: 2202539 Cor: SEM Mãe: ORLENÉ MARIA DA ROCHA Tel:) -(86) 9812-1673
Clínica: CLÍNICA Documento: 1 - HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
Responsável: DENILSON JOSE DA ROCHA DE ARAUJO O MESMO Temp.: °C Peso: Kg P.A.:

Procedimentos

25/12/2017 7:01 030100061 ATENDIMENTO EM URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA
☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO

Exame clínico/físico

Diagnóstico provável:

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

~~24/01/2018
atendimento a seg. obrig.
seg. obrig. registrada~~

DEPARTAMENTO 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





Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0458939-4

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 708 - Centro/PI - Teresina - PI
CEP: 64000-000 Fone: (066) 3101-1000
Fax: (066) 3101-1001 E-mail: atendimento@cppe.com.br
Página 1 de 1

Nº de Nota Fiscal 002571127

A Nota Fiscal de Energia Elétrica - FEEZ, é emitida
pelo CPPE, sob o nº 002571127, de acordo com a Lei nº 2002.

DATA VENC.	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2018	07/03/2018	105	55,97

ORLENE MARIA DA ROCHA
R. ADRIANO PORTELA 91 91 B-URBANO

CPF: 00002896310339

CEP: 64.233-000 - CARAUBAS DO PIAUÍ

ROT: 142.339.20.37.70940

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual	13064	Atual	28/02/2018
Anterior	12959	Anterior	30/01/2018
Consumo de Multiplicação	1,000	Próxima Leitura	29/03/2018
Consumo Medidor	105	Consumo	26/02/2018
Consumo Faturado	105	Apresentação	28/02/2018

Tipo de Consumo: NORMAL

Unidade Consumidora: 29

Consumo	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Red.	Medida 12 meses
RESID. B4. RENDA	MONO	A718319		1.4.1.1	108

HISTÓRICO KWH	DESCRIÇÃO DA CONTA	Valor
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	DIFERENÇA DE TARIFA	36,04
AGO/17 108	SUBVENCAO BAIXA RENDA	27,24
JUL/17 106		
JUN/17 109		
MAI/17 118		
ABR/17 103		

TARIFAS E TRIBUTOS	Valor
1 - 100	0,100000
2 - 100	0,100000
3 - 100	0,100000
4 - 100	0,100000
5 - 100	0,100000
6 - 100	0,100000
7 - 100	0,100000
8 - 100	0,100000
9 - 100	0,100000
10 - 100	0,100000
11 - 100	0,100000
12 - 100	0,100000
13 - 100	0,100000
14 - 100	0,100000
15 - 100	0,100000
16 - 100	0,100000
17 - 100	0,100000
18 - 100	0,100000
19 - 100	0,100000
20 - 100	0,100000
21 - 100	0,100000
22 - 100	0,100000
23 - 100	0,100000
24 - 100	0,100000
25 - 100	0,100000
26 - 100	0,100000
27 - 100	0,100000
28 - 100	0,100000
29 - 100	0,100000
30 - 100	0,100000
31 - 100	0,100000
32 - 100	0,100000
33 - 100	0,100000
34 - 100	0,100000
35 - 100	0,100000
36 - 100	0,100000
37 - 100	0,100000
38 - 100	0,100000
39 - 100	0,100000
40 - 100	0,100000
41 - 100	0,100000
42 - 100	0,100000
43 - 100	0,100000
44 - 100	0,100000
45 - 100	0,100000
46 - 100	0,100000
47 - 100	0,100000
48 - 100	0,100000
49 - 100	0,100000
50 - 100	0,100000
51 - 100	0,100000
52 - 100	0,100000
53 - 100	0,100000
54 - 100	0,100000
55 - 100	0,100000
56 - 100	0,100000
57 - 100	0,100000
58 - 100	0,100000
59 - 100	0,100000
60 - 100	0,100000
61 - 100	0,100000
62 - 100	0,100000
63 - 100	0,100000
64 - 100	0,100000
65 - 100	0,100000
66 - 100	0,100000
67 - 100	0,100000
68 - 100	0,100000
69 - 100	0,100000
70 - 100	0,100000
71 - 100	0,100000
72 - 100	0,100000
73 - 100	0,100000
74 - 100	0,100000
75 - 100	0,100000
76 - 100	0,100000
77 - 100	0,100000
78 - 100	0,100000
79 - 100	0,100000
80 - 100	0,100000
81 - 100	0,100000
82 - 100	0,100000
83 - 100	0,100000
84 - 100	0,100000
85 - 100	0,100000
86 - 100	0,100000
87 - 100	0,100000
88 - 100	0,100000
89 - 100	0,100000
90 - 100	0,100000
91 - 100	0,100000
92 - 100	0,100000
93 - 100	0,100000
94 - 100	0,100000
95 - 100	0,100000
96 - 100	0,100000
97 - 100	0,100000
98 - 100	0,100000
99 - 100	0,100000
100 - 100	0,100000

COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 26/02/2018, não constatamos futuras vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESENDA AO FISCAL 9A34.2D9B.64A6.4D3F.C712.7ADC.5E2A.E227

COMPOSIÇÃO DA CONTA	IMPOSTOS E MULTAS
16,62	39,35

86/998346526

981616076

86/998410689

981527257

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

