HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA ANTENOR NEIVA,
BOMBA,PICOS/PI - 64601-391
CNPJ: 06 553.564 0102-51
89 3422-1314 - 89 3422-1314

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)
Atendimento:P0597776
Data: 23/12/2018
Funcionário:AMPARO
Senha 18

Registro:316279
Hora: 06:11:00
Tipo:CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SUS

GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA
CPF: - R.G. 2887662 - SUS: 898001227282225
Nasc: 05/01/1999 Idade: 19 ANOS 11 MESES 18 Profissão: LAVRADOR Civil: CASADO(A) CEP: 64700-000
End: SERRA DA Bairro: ZONA RURAL Cidade: **SIMPLICIO MENDES PI**
IBGE: 2211305 Cor: PARDA Mãe: MARIA ANA DA CONCEICAO Pai: JOSE DE OLIVEIRA NETO
Telefone: 89 9999-88818 Celular: 89 9939-6835

Clínica: ***ACOLHIMENTO*** Documento: 527637 - BEATRIZ SANTOS RODRIGUES
Responsável: GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA - O MESMO Temp.:°C Peso:Kg P.A.:

Procedimentos

23/12/2018 6:11	0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	223505

[X] Sem [ ] Vermelho - Emergência [ ] Amarelo - Urgente [ ] Verde - Pouco Urgente [ ] Azul - Não Urgente

Queixa principal: FRATURA NA PERNA [illegible]

Exame clinico/fisico: [illegible]

Diagnostico provavel: [illegible] [ ] NOTIFICAR?

Medicação: [illegible]

Dr. Francisco Mário Mendes
Clínico Médico
CRM-PI CPF: [illegible]

Procedimentos/exames realizados: **Ass. Técnico**

[illegible]

Documentacao medico - hospitalar

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data 12/01/2019
Funcionário / Matrícula: 168.[illegible]

SAÚDE

FEPISERH Fundação Estadual de Serviços Hospitalares

SUS Sistema Único de Saúde

HRJL HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-301 - Picos-PI

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE	SEXO	APTº	LEITO
PRONTUÁRIO / CONVÊNIO	DATA	HORA	

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

DATA | INÍCIO DA CIRURGIA | FIM DA CIRURGIA

CIRURGIA PROPOSTA | CIRURGIA REALIZADA

TIPO DE CIRURGIA: ELETIVA ☐ REITERNAÇÃO

☐ LIMPA ☐ POTENCIALMENTE CONTAMINADA ☒ CONTAMINADA ☐ INFECTADA

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA/ACHADO CIRÚRGICO

INTERCORRÊNCIAS

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data 13/03/23
Funcionário Matrícula

ANTIBIOTICOTERAPIA ☐ NÃO ☐ SIM

ANATOMIA PATOLÓGICA ☐ NÃO ☐ SIM

Nº DE PEÇAS: LOCALIZAÇÃO:

MATERIAIS ESPECIAIS ☐ NÃO ☐ SIM ☐ SÍNTESE/TIPO: ☐ ÓRTESE/TIPO:

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

TIPO DE ANESTESIA	ANESTÉSICO	DURAÇÃO
ANESTESIOLOGISTA		

CIRURGIÃO	CREMEB	ASSINATURA
1º CIRURGIÃO AUXILIAR	CREMEB	ASSINATURA
2º CIRURGIÃO AUXILIAR	CREMEB	ASSINATURA

Dr. Gustavo Félix
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 5340 - CREMEB

Atendimento	1057059
Data:	23/12/2018
Hora:	6:11

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA ANTENOR NEIVA, 184
PICOS/PI

Nº AIH
KLESIA

BOLETIM DE ADMISSÃO

316276 - GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA

CASADO(A) - Sexo: MASCULINO - Nascimento: 05/01/1989 - Cor/Raça: 03-PARDA

29 ANOS,11 MESES,26 DIAS

Clinica: ORTOPEDIA Enfermaria: 13- ORTOPEDIA - M Leito: C13/66 Convênio: *SUS*

Escolaridade: Médico: **5111 - GUSTAVO TEIXEIRA FELIX DE ALMEIDA**

CPF: RG: 2887662 CNS:898001227383225 SIS Prenatal:

Endereço: BARRA, Nº 0 - CEP: 64700-000 Bairro: ZONA RURAL

Cidade: 2210805- SIMPLICIO MENDES/PI Profissão: LAVRADOR Telefone: (89) 9939-5836

Pai: JOSE DE OLIVEIRA NETO Mãe: MARIA ANA DA CONCEICAO

Responsavel: GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA - (89) 9999-38639 - O MESMO

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

Resultado

☐ Curado	☐ Removido	☐ -48 Horas
☐ Melhorado	☐ Pedido	☐ +48 Horas
☐ Inalterado	☐ Evasão	☐ Obito
☐ Piorado	☐ Indisciplina	

Transferido_____

História Clínica

Diagnóstico Provavél

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data 13/03/19
Funcionário Matrícula: 105.486-1

GUSTAVO TEIXEIRA FELIX DE ALMEIDA

SUS

SESAPI

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PIAUÍ

HUT JOSÉ MARIA DE ALBUQUERQUE

GOVERNO DO ESTADO

NOME: [illegible]

HD: [illegible]

ALA	APTO	LEITO	R. MET.

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA: [illegible]

1. DIETA ORAL [illegible]
2. HELCO SALINIZADO
3. OMEPRAZOL 40 MG VO ÁS 6H
4. DIPIRONA 1 G EV AD EV 6/6H, SN
5. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 SOS
6. CAPTOPRIL 25 MG 01 COMP. VO DE 8/8H SE PAS> 160MMHG E OU PAD > 110 MMHG
7. ONDASETRONA 8 MG EV 8/8H SOS
8. HEPATOL 20 MG EV AD, EV, 12/12 H
9. SAVVI [illegible]
10. [illegible]
11. [illegible]

Dr. Gustavo Félix
Traumatologia
CRM-PI 5117 CRM-PA 6916

HORÁRIO DE MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
[illegible]	[illegible]
19 49	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]

CONFERE COM O ORIGINAL
Data 13/1

SUS

SESAPI

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PIAUÍ

HRJL JUSTINO LUZ

GOVERNO DO PIAUÍ

NOME:

HD:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA: 30/12/2018

1. DIETA ORAL LIVRE
2. JELCO SALINIZADO
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110 MMHG
4. DIPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h, S/N — SN
5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8, S/N — SN
6. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h, S/N — SN
7. CCGG+SSVV
8. TILATIL 40MG, EV, 12/12H
9. CLEXANE 60MG, FAZER 40MG, SC, 1X/DIA

ALA C	APTO	LEITO	R. MET.

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO DE MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES
Atenção	

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data 1/1/23
Funcionário / Matrícula

SUS

SESAPI

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO PIAUÍ

HRJL JUSTINO LUZ

GOVERNO ESTADUAL

NOME:	ALA C	APTO	LEITO	R. MET.
HD:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES		

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA: 29/12/2018

1. DIETA ORAL LIVRE
2. JELCO SALINIZADO
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110 MMHG
4. DIPIRONA 01 G EV AD EV 6/6 h
5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8, S/N
6. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h, S/N
7. CCGGTSSVV
8. HEPATIL 40MG, EV, 12/12H, S/N
9. CLEXANE 60MG, FAZER 40MG, SC, 1X/DIA

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data
Funcionário Matrícula

PRÓTESES E

RUPM

MATERIAL

ADJ Indústria e Comércio de Fixadores Ortopédicos e Implantes ltda
R.Dario Freire Meirelles 561 Ch.Campo dos Amarais CEP 13082-045 Campinas/SP

Nome Técnico: Pino implantável
Nome Comercial: Pino de Schanz
PINO DE SCHANZ 5.0 X 180MM ESTERIL Ref : 1.08.18
Material de Fabricação :
Aço inoxidável Conformado(ABNT NBR ISO 5832-1/ASTM F 138)
Registro ANVISA nº 80100020016
Lote: 1.08.18/173
Fabricação 11/06/2018
Validade 11/06/2023
PRODUTO ESTÉRIL
ÓXIDO DE ETILENO
Qtd: 08
Armazenamento,manuseio
advertências e demais informações
ver instruções de Uso
0 000001 008012
Resp técnico-Milqueias Lamira de Andrade
Uso Único.Proibido Reprocessar.CREA Nº 5061920421

ADJ Indústria e Comércio de Fixadores Ortopédicos e Implantes ltd
R.Dario Freire Meirelles,561 Ch.Campo dos Amarais Campinas-SP CEP 13.087-045

Nome Técnico: Fixador Externo para Osteossinte
Nome Comercial: Fixador Externo para Ossos Médios e Longos
FIXADOR LINEFIX 35CM QUADRADO Ref :3-17-35
Registro ANVISA nº: 80100020006
Lote: 31735/243
Fabricação: 12/06/2018
Validade: 12/06/2021
PRODUTO ESTÉRIL
ÓXIDO DE ETILENO
Qtd: 01
Armazenamento,Manuseio e
demais especificações,Ver
instruções de uso
0 000003 017036
Resp.técnico-Milqueias Lamira de Andrade
CREA Nº 5061920421 Uso Único Destruir após o usc

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data 13/03/21
Funcionário / Matrícula: 103.490-1

Dr. G

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE
ASSEPLAN - CENTRO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade: [illegible] - CCMS	Para
Nome da Pessoa Encaminhada: [illegible] DE OLIVEIRA	Registro

Motivo do Encaminhamento:

[illegible] DE [illegible]
(HÉRNIA E FÍSULA)

Observações:
REALIZADO TRATAMENTO

23/12/18
Data

Responsável pelo Encaminhamento

OBS: Deve ser Arquivada o Centro da Saúde, Unidade Mista e Hospitalar local ou regional.

FICHA RETORNO

Da Unidade:	Para
Nome do Cliente	Registro Original

Diagnóstico e Orientações:

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data 17/12/19
Funcionário Matrícula: 103.4061

/ /
Data

Responsável pelo Encaminhamento

OBS: Esta Ficha deverá ser devolvida ao local de origem através do próprio paciente devidamente fechada.

FEPISERH
Fundação Estatal Piauiense de Serviços Hospitalares

REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

23-12-18

CIRCULANTE _____ SALA Nº _____
ENTRADA NA SO _____ INÍCIO DA ANESTESIA _____ INÍCIO DA CIRURGIA _____
SAÍDA DA SO _____ TÉRMINO DA ANESTESIA _____ TÉRMINO DA CIRURGIA _____
CIRURGIA PROPOSTA: _____
CIRURGIA REALIZADA _____
CIRURGIÃO _____ ANESTESIALOGISTA _____ INSTRUMENTADOR _____
ASSISTENTES: 1º _____ CRM _____ 2º _____ CRM _____

MONITORIZAÇÃO

SÍMBOLOS
- PLACA DE BISTURI ELÉTRICO
- ELÉTRODOS
- INCISÃO CIRÚRGICA
- OXIMETRIA DE PULSO
- PANI

SINAIS VITAIS INÍCIO: PA _____ SATO _____ FC _____
SINAIS VITAIS TÉRMINO PA _____ SATO _____ FC _____

TIPO DE ANESTESIA
- ☐ BLOQUEIO - SEDAÇÃO
- ☐ BLOQUEIO AXILAR
- ☐ BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2
- ☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL
- ☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX
- ☐ BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20
- ☐ BLOQUEIO PERIBULBAR
- ☐ GERAL COMBINADA (V+1)
- ☐ GERAL INALATÓRIA
- ☐ GERAL VENOSA ☒ GERAL
- ☐ LOCAL
- ☐ PERIDUAL ☐ COM CATETER ☐ SEM CATETER
- ☐ SEDAÇÃO
- ☐ SEDAÇÃO + LOCAL
- ☐ TÓPICA

☐ TUBO ENDOTRAQUEAL Nº _____ ☐ COM CUFF ☐ SEM CUFF
☐ MÁSCARA LARINGEA Nº _____
☐ OUTRAS _____

POSIÇÃO INTRA-OPERATÓRIA
- ☐ DORSAL
- ☐ VENTRAL
- ☐ GINECOLÓGICA
- ☐ LITOTÓMICA
- ☐ LATERAL ESQUERDO
- ☐ LATERAL DIREITO
- ☐ SENTADA
- ☐ SEMI-FOWLER
- ☐ TRENDELEMBURG

PREPARO DA PELE
DEGERMAÇÃO ANTI-SEPSIA REALIZADA POR
- ☐ PVPI DEGERMANTE
- ☐ PVPI ALCOOLICO
- ☐ EQUIPE MÉDICA
- ☐ SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA
- ☐ CLORO-HEXIDINA ALCOOLICA
- ☐ EQUIPE ENFERMAGEM
- ☐ PVPI AQUOSO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS
- ☐ CATETERISMO VESICAL
- ☐ TRICOTOMIA
- ☐ PASSAGEM SNG
- ☐ FUNÇÃO VENOSA
- ☐ ASPIRAÇÃO
- ☐ MSD
- ☐ MSE
- ☐ OUTROS _____
- ☐ GLICEMIA CAPILAR _____ mg/dl

☐ SONDA URETRAL Nº _____ ☐ COLETOR ☐ UROSTOP ☐ AP BARBEAR _____ UND. ☐ SNG Nº _____
☐ SONDA FOLEY Nº _____ ☐ LANCETA _____ UND ☐ SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº _____ ☐ JELCO Nº _____

GARROTEAMENTO
TIPO ☐ PANTURRILHA DIREITA _____ UNID ☐ GARROTE PNEUMÁTICO _____ mmhg ☐ NÃO SE APLICA
LOCAL DA PELE ☐ ESPAÇO ☐ ANTEBRAÇO _____ ☐ COXA _____ ☐ PANTURRILHA _____
TEMPO INICIO _____ TÉRMINO _____

SERVIÇOS SOLICITADOS
☐ HEMOTERAPIA ☐ NÃO
☐ LABORATORIO ☐ SIM
☐ ENFERMEIRA CADERNO DE VIAGEM ☐ OUTROS _____ ÁGUA _____ Nº DE FRASCOS _____
NÃO SE APLICA

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data 12/12/22
Assinatura / Matrícula: 103.607-1

SAÚDE Secretaria de Estado da Saúde / SESAPI | Piauí

FEPISERH Fundação Estatal Piauiense de Serviços Hospitalares

SUS Sistema Único de Saúde

HRJL HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos - PI

FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE	DATA	PRONTUÁRIO	LEITO
[illegible] José de [illegible]	23/11/18		

PROCEDIMENTO [illegible] dos ossos da Perna SALA (4)

MATERIAL DE CONSUMO	QUANT.	UND.	TOTAL
SERINGA 1 ML 3 ML			
SERINGA 5 ML 10 ML	[illegible]		
SERINGA 20 ML			
KIT ACESSO CENTRAL			
SONDA DE ASPIRAÇÃO			
AGULHA 40X12	[illegible]		
ALGODÃO			
ÁGUA DESTILADA	5		
PVPI		[illegible]	
SONDA VESICAL			
COLETOR DE URINA			
ESCOVA COM DEGERMANTE	[illegible]		
ATADURA COM CREPOM	[illegible]		
ATADURA GESSADA			
ATROPINA [illegible]	[illegible]		
KETALAR			
DIMORF			
NEOCAÍNA PESADA	1		
LIDOCAÍNA			
PROFANOL			
MIDAZOLAN			
DIAZEPAN			
TIOPENTAL	1		
EFORTIL	1		
DIPIRONA			
CEFAZOLINA [illegible]	02	[illegible]	
FENTANIL			
FLUMAZENIL	[illegible]		
PLASIL			
[illegible]			
[illegible]	[illegible]		
[illegible]			
[illegible]			
CATGUT SIMPLES			
CATGUT CROMADO			
FIO DE ALGODÃO			
NYLON		[illegible]	
[illegible]			
PROLENE			
[illegible]			
[illegible]			
GAZE		[illegible]	
[illegible]			
LÂMINA DE BISTURI	2		
[illegible]			
LUVA [illegible] PROCEDIMENTO			
[illegible]	[illegible]		
[illegible]			
[illegible]			
[illegible]			
[illegible]			
[illegible]			
[illegible]			
[illegible]			
[illegible]			

APARELHAGEM

- ARCO CIRÚRGICO ☐
- BOMBA DE INFUSÃO ☐
- ASPIRADOR ☐
- AUTOCLAVE ☑
- INSTRUMENTAL CIRÚRGICO ☑
- ULTRASSON ☐
- STIMUPLEX ☐

USO DA SALA

INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO

OPERAÇÃO

CIRURGIÃO

AUXILIAR

ANESTESISTA

TIPO DE ANESTESIA

INSTRUMENTADOR

OCORRÊNCIAS

adj

ADJ Indústria e Comércio de Fixadores Ortopédicos e Implantes Ltda

R. [illegible] Freire Mebeller, 561 Ch. Campo dos Amarais CEP [illegible] Campinas SP

Nome Técnico: Pino Implantável
Nome Comercial: Pino de Schanz

PINO DE SCHANZ 5.0 X 180MM ESTERIL

Material de Fabricação : Ref [illegible]

Aço Inoxidável Conformado(ABNT NBR ISO 5832-1 ASTM F-138)

Registro ANVISA nº. 80100020016

Lote: 1.08.18/173

Fabricação 11/06/2018

Validade 11/06/2023

0 000001 008012

PRODUTO ESTÉRIL
ÓXIDO DE ETILENO

Qtd 08

Armazenamento, manuseio advertências e demais informações ver instruções de Uso

Resp.técnico-Milqueias Lamira de Andrade

Uso Único.Proibido Reprocessar.CREA Nº 5061920421

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data 15/03/2[illegible]
Funcionário / Matrícula: 103[illegible]

MÉDICO: [illegible]

ENFERMEIRA(O): [illegible]

TEC. ENFERM.: [illegible]

FEPISERH

Hospital Regional Justino Luz

SUS Sistema Único de Saúde

PIAUÍ
GOVERNO DO ESTADO

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391- Picos - PI.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE **SUS**	NOME

Data	P. Material	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
Exames Gerais	Gr. Sanguíneo	Hematócrito	Hemoglobina	Hemacoagulo	Glicemia	Dos. Úrica

Exames de Urina			
Digestivo			
Respiração		Aorta	Brosquite
Sistema Respiratório		Sistema Urinário	
Sistema Digestivo		Cardiopatias	Alérgicos / Outros
Estado			Risco
Diagnóstico Pré-Operatório			Eletivo
Pré-Medicação Agentes e Doses			
			Total e Doses

Agentes Anestésicos	Calígrafo 1 2 3	
Líquidos	Soluto 600 400 Sangue 300 200 outros 100	
Temperatura	40	280
Pulso	38	240 220 200 180 160
Início e Fim Anestesia	36	140
Início e Fim Operação	34	120 100
Respiração	32	80 60 40
	30	20

Sequência: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

Símbolos	Duração

Técnicas:

Operações:

Cirurgiões:

Anestesistas:

Incidentes / Acidentes

Condições pós-oper. imediatas

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data 15/03/23
Funcionário / Matrícula: 105.45

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
TOTONHO FREITAS,657,00
OEIRAS NOVA,OEIRAS/PI - 64500-000
CNPJ: 06553564001371
(89) 3462-1213 - ( ) -

HRSL Dia 05.04

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)
Atendimento:P060983 Registro:32569
Data: 23/12/2018 Hora: 00:58:00
Funcionario:SILVA Tipo:CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 8

SUS

GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA CPF: - RG: 2887662 - CARTAO DO SUS 708001884054021
Nasc.: 05/01/1989 Idade: 29 ANOS,11 MESES,18 Profissão: Civil: CEP:64700-000
End.:LOCALIDADE FAZENDA BARRA, 0 - Bairro: ZONA RURAL Cidade: SIMPLICIO MENDES/PI
Cor:PARDA Telefone: ( ) - Mãe: MARIA ANA DA CONCEIÇAO Pai: JOSE DE OLIVEIRA

Clinica: *CLINICA MEDICA* Documento: 6320 - EMMANUEL FRAGOSO BRAGA SUS:708001884054021
Responsavel: GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA - O MESMO Temp.:0°c Peso:0Kg P.A.:0

Procedimentos

23/12/2018	0:58	0301060118	ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
23/12/2018	2:13	0301010072	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

[ ] Vermelho - Emergência [ ] Laranja - Muito Urgente [X] Amarelo - Urgente [ ] Verde - Pouco Urgente [ ] Azul - Não

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
PACIENTE CONDUZIDO POR AMBULANCIA DE SANTO INACIO-PI, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO TIPO COLISAO (MOTO X OBJETO), HA CERCA DE 01 HORA. APRESENTA POSSIVEL FRATURA EXPOSTA EM MID. INFORMA USO DE CAPACETE. NEGA RNC E VOMITOS APóS EVENTO. NEGA CONSUMO DE BEBIDA ALCOOLICA. NEGA PATOLOGIA CRONICA E/OU ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. PA:124/61 MMHG

ASSINATURA DO PROFISSIONAL
23/12/2018 02:13:28
492511-DEYCE DANYELLE LOPES SILVA

DADOS CLÍNICOS
PACIENTE CONDUZIDO POR AMBULANCIA DE SANTO INACIO-PI, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO TIPO COLISAO (MOTO X OBJETO), HA CERCA DE 01 HORA. APRESENTA POSSIVEL FRATURA EXPOSTA EM MID. INFORM USO DE CAPACETE. NEGA RNC E VOMITOS APóS EVENTO. NEGA CONSUMO DE BEBIDA ALCOOLICA. NEGA PATOLOGIA CRONICA E/OU ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. PA:124/61 MMHG

DIAGNÓSTICO CID 9999

EXAMES COMPLEMENTARES

PRESCRICAO MEDICA

1- TRAMAL 100MG - 01FA + 100ML S.F.0,9%, EV, LENTO	1	02:45
2- SOLICITO RX PERNA DIREITA - AP E PERFIL	1	:__
3- IMOBILIZAÇÃO	1	:__

CONDUTA MEDICA

Data: 23/12/2018 Hora:02:30:20

HRSL (Picos)
Senha 20121223125604

Simplicio Mendes

Responsavel: GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA 6320 - EMMANUEL FRAGOSO BRAGA

HRDC
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO – OEIRAS – PIAUÍ

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Genival José de Oliveira

ALA:_____ ENFERMARIA:_____ LEITO:_____ DATA: 23/12/18

	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
MANHÃ			
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
TARDE			
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
NOITE	às 02:30h realizado limpeza + troca de algodão da imobilização, de acesso de perna direita, mantido; SF 0,9% 50ml, algodão, esparadrapo, compressa		COREN
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	

RADIOLOGIA DIGITAL

Paciente:
GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA . 30 ano(s)

Data:
15/11/2019

INTERPRETAÇÃO

RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA
Sinais de sequela de fratura / lesão da diáfise proximal da tíbia e da fíbula, com discreto calo ósseo.
Presença de túneis ósseis na diáfise da tíbia, provavelmente relacionados com áreas de inserção de parafusos metálicos cirúrgicos prévios.
Correlacionar com dados clínicos / cirúrgicos.

DATA	HORA	CLIENTE	INSCRIÇÃO	ENDEREÇO	INSCRIÇÃO	TEL. [illegible]
[illegible]	[illegible]	José da Silva [illegible]	29 anos	[illegible]	Paciente bem entrada pela Unidade Mista de Saúde apresentando na face e [illegible] da Tensão, após o primeiros socorros foi encaminhado para o Hospital [illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	PACIENTE DEU ENTRADA NESTE H.R.P. VITIMA DE ACIDENTE COM COLDRE DE UM ANIMAL QUADRÚPEDE (JUMENTO). COM SUSPEITA DE FRATURA NO NARIZ. FEITO OS PRIMEIROS SOCORROS E ENCAMINHADO PARA O ETRAS.	VALDEMIR 555-907 [illegible]
[illegible]	[illegible]	José [illegible] da Silva	[illegible]	[illegible]	Paciente deu entrada neste H.R.P. [illegible] acidente de trânsito apresentando [illegible] membros inferiores. Realizado os primeiros socorros e liberado.	[illegible] 555 [illegible]
[illegible]	[illegible]	José [illegible] de [illegible]	[illegible]	[illegible]	Paciente deu entrada nesta [illegible] acidente anteriormente apresentando fratura [illegible] foi encaminhado [illegible]	Nidumem
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Paciente deu entrada neste H.R.P. [illegible]	[illegible]

TA	HORA	CLIENTE	DATA NASCIMENTO	ENDEREÇO
12-18	8:35	José de Sousa Lima Silva	29 anos	Wall Ferraz
12.18	10:35	MANOEL EDUARDO DA COSTA	17.08.63	CARRUIRAS CAMPINAS
12/18		José Paulo da silva	22/06/81	
12/18		José Ernani de Oliveira	05/01/84	Mucuripe
12.18	16:00	Fernando Paulo da S. Celestino	10.01.97	Vila Ferraz
12.18	16:50	João Gabriel de Lima.	04.12.98	Uruguaé

REGISTRO - OCORRÊNCIA

AMBULÂNCIA [illegible] DATA [illegible]

LOCAL DA [illegible]

NOME DO [illegible]

SEXO [illegible]

SAÍDA DO [illegible]

SAÍDA DO [illegible]

01-[X] AC[illegible] — saída 11 - 06 - 09

02-[ ] A[illegible]

03-[ ] UP[illegible] — chegada 11.11 - 06 - 09

04-[ ] EN[illegible]

05-[ ] A[illegible]

06-[ ] CO[illegible]

07-[ ] CH[illegible] ELÉTRICO

08-[ ] CLÍNICA

09-[ ] [illegible]

10-[ ] URGÊNCIA OBSTÉTRICIA

11-[ ] OUTROS

12-[ ] [illegible]

13-[ ] FALSO CHAMADO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA [illegible]

ALERTA [X]

RESPONDE [illegible]

RESPONDE [illegible]

SEM RESP[illegible]

[illegible] [X]

[illegible] [X]

FALA [illegible] [X]

[illegible] [ ]

[illegible] [ ]

PULSO PA[illegible] — ENCHIMENTO — [illegible]

FORTE [X]

FRACO [ ]

AUSENTE [ ]

[illegible] 130 x 70

OBSERVAÇ[illegible] Paciente vítima de [illegible]

PROCEDIM[illegible] REALIZADOS

[ ] ASP[illegible]

[ ] OX[illegible]

[ ] RE[illegible]

[ ] CUR[illegible]

[X] IMO[illegible]

CONDIÇÕ[illegible] ENTREGUE NO HOSPITAL

[ ] LIEL[illegible]

[ ] PIC[illegible]

[X] INA[illegible]

HOSPITAL [illegible] H.P.P. [illegible]

[illegible] Oliveira

RESP[illegible]

Jesielma Batista Montanha
Técnica de Enfermagem
COREN-PI 227825

Coordenador Hospital

DESCRIÇÃO	ENFERM.
Paciente deu entrada pela Unidade Mista de Saúde, apresentando na face e referindo dor torácica, após os primeiros socorros foi encaminhado para o Wall Ferraz — " —	Joe. [illegible] 125965
PACIENTE DEU ENTRADA NESTE H.P.P. VITIMA DE ACIDENTE UMA QUEDA DE UM ANIMAL QUADRÚPEDES (JUMENTO), COM SUSPEITA DE FRATURA NO NARIZ. FEITO OS PRIMEIROS SOCORROS E ENCAMINHADO PARA OEIRAS.	VALDOMIR 555.907.TE
Paciente deu entrada neste H.P.P. vítima de acidente motociclista, apresentando escoriações na face e membros inferiores. Realizado os Primeiros Socorros e liberado	Francisca 555.894.TE
Paciente deu entrada nesta U.S. vítima de acidente motociclista apresentando fratura exposta ~~[illegible]~~ (perna direita) o mesmo foi encaminhado à Oeiras. Dos. P.I que liga P. Maior à Floresta)	Nedumena
Paciente deu entrada neste H.P.P. apresentando vômitos, febre FAX: 39.7°C, reação alérgica a dipirona. O mesmo foi encaminhado para Oeiras. — " — " —	Nayane 623.467.TE
Paciente deu entrada nesta Unidade de Saúde vítima de acidente motociclista apresentando um corte na sobrancelha direita, foi suturado e liberado.	Geovan 711.552.TE Dr. [illegible]

ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SIMPLÍCIO MENDES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Benedito Reis S/Nº
CNPJ: 01.751.604/0001-32 – Fone: (89) 3482-1100

ATESTADO MÉDICO

O Sr (a) Gerival José de Oliveira

Foi atendido (a) neste centro de Assistência Médica de Simplício Mendes

Devendo:

- [ ] Não Realizar Educação Física por um período de _____ dias.
- [ ] Voltar ao trabalho.
- [ ] Afastar-se do trabalho hoje.
- [x] Afastar-se do trabalho por 60 dia(s). (S82820TS)
- [ ] Ficar em repouso por_____ dia(s).
- [ ] Deficiente físico.
- [ ] Deficiente Mental.
- [ ] Goza de Saúde Física e Mental.
- [ ] Auxílio doença.
- [ ] Outros:_____

A partir de 08/02/19

CID: Fratura exposta perna (D) (S820)

OBS: Não é válido c/ rasuras ou mais de um item assinado.

Simplício Mendes, 08/02/19

Dr. Rômulo Rêgo
Traumato - Ortopedia
CRM-PE 14.208
CRM-PI 4407

Carimbo e Assinatura

Clinilab
Odontologia, Medicina e Estética

General José de Oliveira

Laudo Médico

Paciente com quadro de fratura de tíbia direita há 11 meses, apresenta boa consolidação, porém com perda parcial de força (grau 4) e mobilidade articular (média), resultando em perda de 25% de função do tornozelo D.

CID: 582.2

15/11/19

Dr. Benedito Veras Júnior
Ortopedia
Cirurgia do Joelho
CRM-PI 4595 TEOT 14058

T.L. 99 0904 9502 9950.963

FEPISERH
Fundação Estatal Piauiense de Serviços Hospitalares

GUIA DE SOLICITAÇÃO
PROCEDIMENTO CONSOLIDADO

CARIMBO DA SMS E/OU UNIDADE SOLICITANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Cartão Nacional de Saúde:

Nome do Paciente: [illegible]

Endereço de Residência:

Data Nasc.: / /

Idade:

Sexo: ☐M ☐F

Bairro:

Município:

Estado: PIAUÍ

Código IBGE:

CEP:

Caráter Atend.:

Raça / Cor:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Código do Procedimento	Descrição do Procedimento	Qtde
	[illegible]	

JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Diagnóstico: [illegible]

Cid 10:

OBSERVAÇÃO: (Resultados de provas diagnósticas anteriores, Justificativa Clínica, etc.

[illegible]

DATA: [illegible]

Carimbo / Ass. Solicitante:

Realizado em:

SAÚDE | Piauí

FIEPISERH

SUS Sistema Único de Saúde

HRJL
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-301 - Picos-PI

ATESTADO MÉDICO

Atesto que [illegible] D. de Oliveira

esteve neste hospital dia 30/12/24 das ____:____ às ____:____ hosas:

- [ ] Acompanhante familiar.
- [ ] Para Atendimento sem afastamento.
- [ ] Para atendimento, devendo permanecer em repouso hoje.
- [x] Para atendimento devendo permanecer afastado por 30 dias, a partir desta data.
- [ ] Deve retornar para consulta em:_____

Diagnóstico /C.I.D: S.82 Picos-PI 30 de dezembro 20 24

Médico (Assinatura e carimbo

Paciente(assiantura)

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ Hospital Regional Justino Luz Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-301 - Picos-PI CNPJ: 06.553.564/0102-81

1ª via farmácia
2ª via paciente

Carimbo do Médico

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição

5524-1

Data: ___/___/_____

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome completo_____ _____ RG:_____Org. Emissor:_____ End. Completo:_____ _____ Telefone: _____ Cidade:_____UF:_____	Assinatura do Farmacêutico Data: ___/___/_____

ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SIMPLÍCIO MENDES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Benedito Reis S/Nº
CNPJ: 01.751.604/0001-32 – Fone: (89) 3482-1100

ATESTADO MÉDICO

O Sr (a) Jurandal José de Oliveira

Foi atendido (a) neste centro de Assistência Médica de Simplício Mendes

Devendo:

- [ ] Não Realizar Educação Física por um período de _____ dias.
- [ ] Voltar ao trabalho.
- [ ] Afastar-se do trabalho hoje.
- [ ] Afastar-se do trabalho por _____dia(s).
- [ ] Ficar em repouso por_____ dia(s).
- [ ] Deficiente físico.
- [ ] Deficiente Mental.
- [ ] Goza de Saúde Física e Mental.
- [X] Auxilio doença.
- [ ] Outros:_____

A partir de 23/08/19.

CID: (1) Fratura osso perna (D) – S82.0

OBS: Não é válido c/ rasuras ou mais de um item assinado.

Simplício Mendes, 23/08/19

Dr. Rômulo Rêgo
Traumato - Ortopedia
CRM-PI 4467 - CRM-PE 16.208

Carimbo e Assinatura

ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SIMPLÍCIO MENDES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Benedito Reis S/Nº
CNPJ: 01.751.604/0001-32 – Fone: (89) 3482-1100

FICHA PRONTUÁRIO

Nome do(a) Paciente: [illegible]

Nº Registro [illegible] Data Registro:

Sexo:	Cor:	E. Civil:	Nasc.	Naturalidade:	Profissão
				Santa Luz, PI	

Nome da Mãe: [illegible]

Nome do Pai:

Endereço: [illegible]

Documento: Expedição:

Cartão SUS: [illegible] ACS: [illegible]

Data:	Serviços Prestados Consulta – (Diagnóstico) – Atendimento-Exames- Visita	Rubrica do Responsável
[illegible]	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	
		Dr. [illegible] Pneumologia CRM-PI [illegible]
[illegible]	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible] 400	
[illegible]	[illegible]	

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.887.662 DATA DE EXPEDIÇÃO 29/08/00

NOME GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO MARIA ANA DA CONCEIÇÃO
JOSE DE OLIVEIRA NETO

NATURALIDADE SANTA CRUZ-PI DATA DE NASCIMENTO 05/01/1989

DOC ORIGEM CERT.NASC. 14661 L 12-A F 203
EXP SANTA CRUZ 29/11/95

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

041.262.663-21

GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA

05/01/1989

Documentos de identificação

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

POLEGAR DIREITO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

AGÊNCIA

BANCO DO BRASIL

DUT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

Nº 012428382227

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

DENATRAN

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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: ***3190673634***

Nome do(a) Examinado(a): ***GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA***

Endereço do(a) Examinado(a):

faz barra, sn - RURAL - Simplício Mendes - PI - CEP 64700-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***SSP /PI***] ***2887662***

Data e local do acidente: [***23/12/2018***]

Via pública entre a cidade de Floresta e Santa Inácio

Data e local do exame: [***11/12/2019***] ***São João do Piauí*** [***PI***]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura distal exposta de tíbia e fíbula direita

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

Vítima segue consciente e orientado em tempo e espaço, apresentando grau moderado de limitação para função, com diminuição da força muscular grau II de tornozelo direito, deambula com muletas, sem acompanhante

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.

Realizou osteossíntese distal de tíbia direita, com colocação de placas e parafusos, fisioterapia e sintomáticos, com resultados insatisfatórios, evoluindo com sequela funcional, recebeu alta no dia 30/12/2018

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

[***X***] Sim [ ] Não

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

Déficit moderado funcional de tornozelo direito

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, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° 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.

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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 ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Tornozelo direito
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve (X) 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.

Classifico a lesão em grau moderado, com dano corporal ou sequela funcional permanente

Mikael Oliveira Cruz - CRM: 4709 - PI

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0430145/19

Vítima: GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA

Data do acidente: 23/12/2018

CPF: 041.262.663-21

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros

GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA : 041.262.663-21

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/12/2019
Nome: GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA
CPF: 041.262.663-21

GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

Seguradora LÍDER

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: GENIVAL JOSÉ DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 23/12/2018 | Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não | Nº CPF: 041.262.663-21

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

☐ Documento de Identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de Indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Registro de Ocorrência Policial – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☒ Não – original ou cópia autenticada
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☒ CPF da vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

☒ Registro de Ocorrência Policial – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☒ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☒ CPF da vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados: _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): GENIVAL JOSÉ DE OLIVEIRA

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal | CPF do portador: 041.262.663-21

E-mail: | Tel.: (89) 99993-8639

Data: 18/11/2019 | Assinatura: Genival José de Oliveira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AC SIMPLÍCIO MENDES

Atendente: FRANCISCO MARCOS COSTA RODRIGUES | Matrícula: 8527271-P

Data: 18/11/2019 | Assinatura

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2.856.197

DATA DE EXPEDIÇÃO 22/04/06

ANTONIO RUFINO PEREIRA DE ASSIS

FILIAÇÃO

IRENICE PEREIRA DE ASSIS
JOSÉ RUFINO NETO

NATURALIDADE

SIMPLÍCIO MENDES-PI

DATA DE NASCIMENTO

03/02/1988

DOC ORIGEM

CERT.NASC. 12112 L A18 F 246V
EXP SIMPLÍCIO MENDES-PI 31/08/01

Pedro Gomes de Moraes
Perícia Criminal

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE

01FF.45E6.ABC5.37F0

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:31:35 do dia 09/08/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

033.324.653-50

Nome

ANTONIO RUFINO PEREIRA DE ASSIS

Nascimento

03/02/1988

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.398.709 DATA DE EXPEDIÇÃO 01/03/19

NOME JOCÉ MARINHO FONTES

FILIAÇÃO LUISA PEREIRA DE HOLANDA
MARINHO JOÃO FONTES

NATURALIDADE PICOS-PI DATA DE NASCIMENTO 25/12/1974

DOC. ORIGEM CERT.NASC. 5840 L 9A F 59
EXP PICOS-PI 23/08/76

CPF 564.952.263-49 Francisco das Chagas Pinheiro Martins
Assinatura Professionalista Policial Civil Em

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

José Marinho Fontes
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

cepisa

Para contato conosco, informe o NÚMERO!

SEU CÓDIGO

0797657

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marechal 759 – Centro/Sul – Teresina – PI
CNPJ 06 840 740/0001-31 Insc. Estadual 19 201 381-5
Junta Facel / Centro de Energia Elétrica – Série B-1
Regime especial de tributação conforme Lei nº 5.594/97 Decreto

Nº da Nota Fiscal 2871550G

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
OUTUBRO/2019	24/10/2019	139	88,42

JAIRO DE SOUSA ALVES
LC POCOS S/N POCO TUBULAR - B-RURAL
CPF: 00000000000000
CEP: 64.790-000 - SIMPLICIO MENDES ROT: 63.780.13.85.002100

DADOS DA LEITURA

Atual:	2899	Atual:	17/10/2019
Anterior:	2760	Anterior:	16/09/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	18/11/2019
Consumo Medido:	139	Emissão:	16/10/2019
Consumo Faturado:	139	Apresentação:	17/10/2019
Forma de Faturamento: NORMAL	Código de Irregularidade: FCAIH	Dias de Consumo:	31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Fase	Código Fat.	Média 12 meses
RURAL	TRI	DZ20583		4.1.2.3	114

HISTÓRICO kWh

Mês/ano	consumo
SET/19	161
AGO/19	177
JUL/19	99
JUN/19	90
MAI/19	59
ABR/19	49
MAR/19	44
FEV/19	85
JAN/19	113
DEZ/18	73

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO 139 A R$ 0,636152 =		88,42
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	1,13	
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	2,50	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
B A 1G - 0,457020

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 080 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabens! Ate o dia 16/10/2019, nao constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 396A.C17B.EC3F.34CA.E83B.201C.61E8.E449

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$

Distribuição:	18,59	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R$		
Energia:	35,90	Base de Cálculo:	88,42	68,97
Transmissão:	6,07	Alíquota ICMS:	22,00%	
Encargos:	2,97	Valor do ICMS:		19,45
Tributos:	24,89	Valor do PIS:	1,40%	0,97
		Valor do COFINS:	6,49%	4,47

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC Mensal	DIC Bimestral	DIC Anual	FIC Mensal	FIC Bimestral	FIC Anual	DMIC Mensal	DICRI Mensal
Limite	6,87	13,74	27,48	3,80	7,60	15,20	3,97	
Realizado	0,00			0,00			0,00	

Conjunto SIMPLICIO MENDES

Período de Apuração: 03/2019 Ciclo: 43,87

equatorial ENERGIA
cepisa

Para contato comesco, informe este NÚMERO!

SEU CÓDIGO: 0610444-4

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marechal Rondon 759 – Centro/Sul – Teresina – PI
CNPJ 06.840.746/0001-80 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime especial de tributação autorizado pela SEFAZ 05/98

Nº da Nota Fiscal: 29646366

A Equatorial Sociedade Energética Fiscal – ESFE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
NOVEMBRO/2019	14/11/2019	145	339,03

LOURINAR DE SOUSA LOPES
AV MIGUEL CRISPIM DE ARAUJO S/N - ALTO DA MATRIZ
CPF: 00032268238334
CEP: 64.700-000 - SIMPLICIO MENDES - ROT: 57.780.07.80.000800

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	1159	Atual:	07/11/2019
Anterior:	1014	Anterior:	08/10/2019
Constante de multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	09/12/2019
Consumo Medido:	145	Emissão:	06/11/2019
Consumo Faturado:	145 FCAH*	Apresentação:	07/11/2019
Forma de Faturamento: NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo:	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Roota	Código Fat.	Média 12 meses
COMERCIAL	TRI	D241548		3.1.3.3	388

HISTÓRICO kWh

Mês/ano	consumo
OUT/19	124
SET/19	178
AGO/19	257
JUL/19	392
JUN/19	263
MAI/19	325
ABR/19	301
MAR/19	437
FEV/19	722
JAN/19	582

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 145 - 0,886066

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO 145 A R$ 0,886066 =		128,47
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		19,15
MULTA POR ATRASO 10/19-00		5,97
PARCELAMENTO DE DEBITO 25/25		184,85
JUROS POR ATRASO 10/19-00		0,59
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	1,66	
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	1,40	

NOTIFICAÇÃO DE AVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabens! Ate o dia 06/11/2019, nao constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 8BA0.9B45.0D16.506C.2073.16C5.2A00.3FAF

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R$		
Distribuição:	27,01	Base de Cálculo:	128,47	100,21
Energia:	52,16	Alíquota ICMS:	22,00%	
Transmissão:	8,82	Valor do ICMS:		28,26
Encargos:	4,31	Valor do PIS:	1,40%	1,41
Tributos:	36,17	Valor do COFINS:	6,49%	6,50

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC Mensal	DIC Semestral	DIC Anual	FIC Mensal	FIC Semestral	FIC Anual	DMIC Mensal	DICRI Mensal
Limite	6,87	13,74	27,48	3,80	7,60	15,20	3,97	
Realizado	0,00			0,00			0,00	

Cidade: SIMPLICIO MENDES — Período de Apuração: 09/2019 — mun. 63,02

ROT: 57.780.07.80.000800

equatorial ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Marechal Rondon 759 – Centro/Sul – Teresina – PI
CNPJ 06.840.746/0001-80 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO: 0610444-4
TOTAL A PAGAR - R$: 339,03
MÊS FATURADO: 11/2019
VENCIMENTO: 14/11/2019
Nº da Nota Fiscal: 29646366 FCAH*

83640000003 7 39030017000 3 00000000610 6 44441110008 5

SEQ: 03011 UC: 0610444-4 DT.LEIT.: 07/11/2019 T:CNTR: 01
LEITURA: 1159 NORMAL TOTAL: 339,03 CARGA: 002
DT.VENC.: 14/11/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 6021

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190673634
Cidade: Santo Inácio do Piauí
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA
Data do acidente: 23/12/2018
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal exposta de tíbia e fíbula direita

Descrição do exame físico: Vítima segue consciente e orientado em tempo e espaço, apresentando grau moderado de limitação para função do tornozelo, com diminuição da força muscular grau II de tornozelo direito, deambula com muletas, sem acompanhante.

Resultados terapêuticos: Realizou osteossíntese distal de tíbia direita, com colocação de placas e parafusos, fisioterapia e sintomáticos, com resultados insatisfatórios, evoluindo com sequela funcional, recebeu alta no dia 30/12/2018.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do tornozelo D devido à redução da força muscular e limitação da mobilidade articular. Procedida avaliação médica na cidade de São João do Piauí.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190673634
Cidade: Santo Inácio do Piauí
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA
Data do acidente: 23/12/2018
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal exposta de tíbia e fíbula direita

Descrição do exame físico: Vítima segue consciente e orientado em tempo e espaço, apresentando grau moderado de limitação para função do tornozelo, com diminuição da força muscular grau II de tornozelo direito, deambula com muletas, sem acompanhante.

Resultados terapêuticos: Realizou osteossíntese distal de tíbia direita, com colocação de placas e parafusos, fisioterapia e sintomáticos, com resultados insatisfatórios, evoluindo com sequela funcional, recebeu alta no dia 30/12/2018.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do tornozelo D devido à redução da força muscular e limitação da mobilidade articular. Procedida avaliação médica na cidade de São João do Piauí.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190673634 **Cidade:** Santo Inácio do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 23/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA. P 14

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE. ALTA. P 2/11/12

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R$ 0,00
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190673634 **Cidade:** Santo Inácio do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 23/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA. P 14

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE. ALTA. P 2/11/12

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R$ 0,00
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0430145/19

Vítima: GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA

Data do acidente: 23/12/2018

CPF: 041.262.663-21

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA : 041.262.663-21

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 03/12/2019	Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA	Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 041.262.663-21	CPF: 134.037.047-69
GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA	ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

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

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190673634 **Vítima: GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: 23/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190673634

Vítima: GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 23/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15209412

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

Rio de Janeiro, 25 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190673634 **Vítima: GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: 23/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R$ 1.687,50

Recebedor: **GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **104**
Agência: **000000639**
Conta: **0000049056-0**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do Sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	041.262.663-21	GENIVAL JOSÉ DE OLIVEIRA

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA			CPF: 041.262.663-21
Profissão:	Endereço: FZ BARRA		Número: SN / Complemento:
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: SIMPLICIO MENDES	Estado: PI	CEP: 64700-000
E-mail:			Tel.(DDD): (89)99993-8635

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0639 ( ) (Informar o dígito se existir) CONTA: 49056 (0) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: ( ) (Informar o dígito)

Autorização de pagamento

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: SIMPLICIO MENDES - PI, 18/11/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Genival José de Oliveira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: JOSE MARINHO FONTES
CPF: 564.952.263-49
José Marinho Fontes
Assinatura

2º | Nome: ANTONIO RUFINO PEREIRA DE ASSIS
CPF: 033.324.653-50
Antonio Rufino Pereira de Assis
Assinatura

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

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

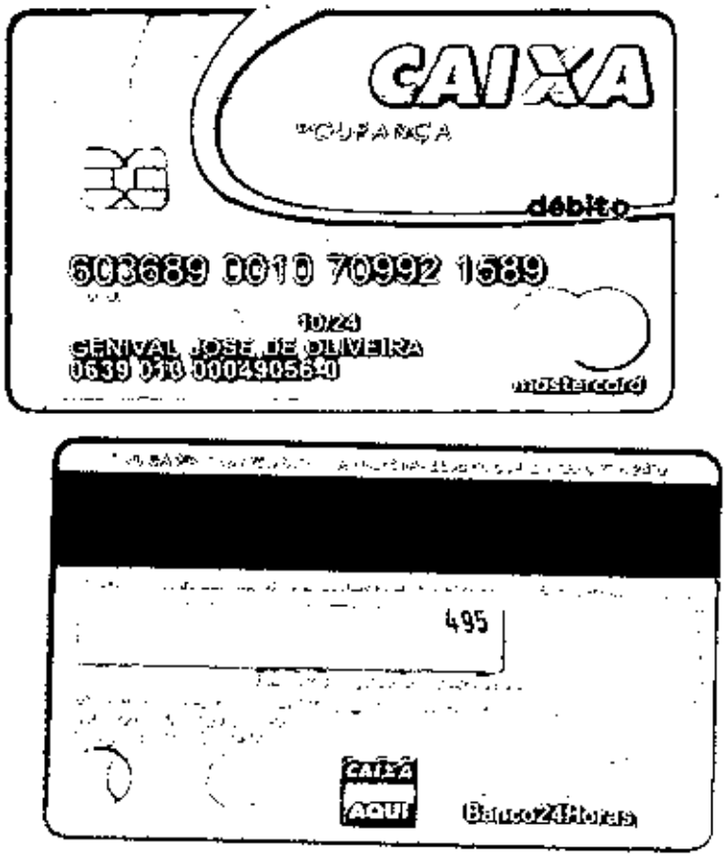
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site **www.seguradoralider.com.br** ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.


CAIXA
SEGURANÇA
débito
603689 0010 70992 1589
10/24
GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA
0639 010 000490564 0
mastercard
495
CAIXA AQUI
Banco24Horas

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

830 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 296933.000013/2019-34

Unidade de Registro: DP DE SIMPLÍCIO MENDES **Resp. pelo Registro: Nivaldo Rodrigues De Sousa**

Data/Hora: 25/03/2019 - 10:41

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DP DE SANTO INÁCIO DO PIAUÍ

Data/Hora
23/12/2018 - 00:00

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Município
SANTO INÁCIO DO PIAUÍ

Bairro
OUTROS - ZONA RURAL

Endereço
LOCALIDADE CAJUEIRA, Nº: S/N

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: GENIVAL JOSÉ DE OLIVEIRA Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante
RG: 2887662 SSP PI
Mãe: MARIA ANA DA CONCEIÇÃO
Pai: JOSÉ DE OLIVEIRA NETO
Endereço: LOCALIDADE BARRA, Nº S/N
Bairro: OUTROS - ZONA RURAL
Cidade: SIMPLÍCIO MENDES

Boletim de ocorrencia

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	NXR150 BROS ES	2013	OJK6077	9C2KD0550DR209313	00590873920	Vermelha

Condutor: GENIVAL JOSÉ DE OLIVEIRA
RG: 2887662 Órgão: SSP UF RG: PI
End: LOCALIDADE BARRA Número: S/N Complemento:
Cidade: SIMPLÍCIO MENDES UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL
Proprietário: GENIVAL JOSÉ DE OLIVEIRA
End: LOCALIDADE BARRA Número: S/N
Cidade: SIMPLÍCIO MENDES UF: Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

RELATO DA OCORRÊNCIA

oticia a vitima que no dia 23/12/2018 por volta das 00h00 conduzia sua motocicleta pela pista de rolagem na PI de acesso a cidade de Santo Inacio do Piauí, chegando no parque de vaquejada Cajueiro zona rural de santo Inacio, atropelou em um rebo que se encontrava na pista asfaltica, do impacto perdeu o controle da moto foi ao solo da pista sofrendo fratura na perna direita, o mesmo foi socorrido pelo serviço movel de urgencia SAMU e levado para uma unidade de saude na cidade santo Inacio em seguida para a UPA da cidade de Oeiras e posteriormente transferido para o hospital regional na cidade de Picos/PI onde foi submetido a cirurgia, era o que tinha a relatar.

2º OFÍCIO

Nivaldo Rodrigues De Sousa - Mat. 0100293
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

GENIVAL JOSÉ DE OLIVEIRA - Noticiante
Responsável pela Informação

Luciano Santana dos Santos
DELEGADO DE POLÍCIA
Mat. 318.270 - 3

RECONHECIMENTO DE FIRMA
Reconhecido por autenticidade a firma de
Alvaldo Rodrigues de Sousa
Dou fé
Em testemunho
Simplício Mendes, PI 26/08/2019
Maria Telma da Silva - Escrevente Substituta
Cartório do 2º Ofício

Selo de Fiscalização e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Poder Executivo
Secretaria de Justiça
RECONHECIMENTO DE FIRMA
ABS 59303

RECONHECIMENTO DE FIRMA
Reconhecido por autenticidade a firma de
General José de Oliveira
Dou fé
Em testemunho
Simplício Mendes, PI 26/08/2019
Maria Telma da Silva - Escrevente Substituta
Cartório do 2º Ofício

Selo de Fiscalização e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Poder Executivo
Secretaria de Justiça
RECONHECIMENTO DE FIRMA
ABS 59304

Cartório do R...
Élvio Cortez de Sousa
1º Escrivão Judicial
Vanda Lustosa Figueiredo
Maria ...ino Santos
Escrevente Cartorário
Portaria do Ofício
Santa Cruz — PI.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL

Certidão de nascimento

ESTADO DE PIAUÍ
COMARCA DE SANTA CRUZ DO PIAUÍ
MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO PIAUÍ
DISTRITO DE SANTA CRUZ DO PIAUÍ

ÉLVIO CORTEZ DE SOUSA
Oficial Único do Registro Civil

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que às fls. 203 do livro A - 12 sob nº de Ordem 14.661 foi lavrado o assento do nascimento de GENIVAL JOSÉ DE OLIVEIRA . ********** do sexo masculino, nascido no dia 05 de janeiro de mil novecentos e oitenta e nove. (1.989) . ********** às 22:00 horas em à rua 7 de setembro s/nº, nesta cidade de Santa Cruz do Piauí . filho de José de Oliveira Neto e de Dona Maria Ana da Conceição Sendo avós paternos Manoel Joaquim de Oliveira e Dona Jeruza Maria da Conceição e avós maternos Alberto Manoel Pereira, falecido e Dona Ana Maria da Conceição O assento foi lavrado em 29 de novembro de 1995 tendo sido declarante Os pais do registrando . e serviram de testemunhas Edgar Nunes Martins e Tarcísio Carlos dos Santos Moura .

Observações: "lavrado gratuito em cumprimento da Lei nº 6.015/73 e artigo 46, parágrafo 2º da Lei nº 7.844/89 , conforme requerimento despachado pela Dra. Hardée Lima de Castelo Branco, MMª. Juíza de Direito desta Comarca em 23.11.1995, arquivado em pasta própria deste Cartório. Santa Cruz do Piauí, 29.11.1995". Nada há a ressalvar. **********

****

****

****

O referido é verdade e dou fé.

Santa Cruz do Piauí-PI, 29 de novembro de 1995

Serventia Oficializada

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, GENIVAL JOSÉ DE OLIVEIRA, portador da carteira de identidade nº 2887662 e inscrito no CPF/MF sob o nº 041 262 663 21, residente e domiciliado na FZ BARRA, S/Nº, Cidade SIMPLÍCIO MENDES, Estado PIAUÍ, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

(X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Declaracao de Inexistencia de IML

Genival José de Oliveira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

SIMPLÍCIO MENDES-PI, 18/11/2019

Local e data

889800421

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00639

CONTA: 000000049056-0

Nr. da Autenticação 26146F290FE3D86F

Comprovante de residencia

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GENIVAL JOSÉ DE OLIVEIRA,

RG nº 2.887.662, data de expedição 29/06/06 Órgão SSP/PI,

CPF nº 043.262.663-21, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	FZ BARRA
Número	S/Nº
Apto / Complemento	
Bairro	ZONA RURAL
Cidade	SIMPLÍCIO MENDES
Estado	PIAUÍ
CEP	64700-000
Telefone de Contato	(89) 99993-8635
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SIMPLÍCIO MENDES-PI, 18/11/2019

Assinatura do Declarante: Genival José de Oliveira

equatorial ENERGIA

cepisa

0224078-5

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

Nº da Nota Fiscal
28777571

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
OUTUBRO/2019	25/10/2019	43	19,60

LUZILENE PEREIRA LIMA
FZ BARRA 1 - B-RURAL
CPF: 00000994151357
CEP: 64700-000 - SIMPLICIO MENDES ROT: 64780-18-85.025200

Atual	8016	Atual	18/10/2019
Anterior	7973	Anterior	18/09/2019
Consumo Mês	1,000	Próxima Leitura	18/11/2019
Consumo Mês	43	Emissão	17/10/2019
Consumo Faturado	43 FCAH*	Anterior Fat.	18/10/2019
Leitura Medidor	NORMAL	Dias Faturados	30

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Rota	Conta Fat.	Média 12 meses
RESID.BX.RENDA	MONO	A951844		1.4.1.1	38

SET/19	43
AGO/19	38
JUL/19	31
JUN/19	39
MAI/19	44
ABR/19	31
MAR/19	38
FEV/19	37
JAN/19	38
DEZ/18	37

TARIFA COM TRIBUTOS:
0 A 30 - 0,233018
31 A 40 - 0,367900

CONSUMO	30 A R$ 0,233018 =	6,99
	13 A R$ 0,399456 =	5,19
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		5,79
DIFERENCA DE TARIFA		16,44
SUBVENCAO BAIXA RENDA		15,15-
CORRECAO MONETARIA IG 08/19-00		0,03
MULTA POR ATRASO 08/19-00		0,23
JUROS POR ATRASO 08/19-00		0,08
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,15	
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	0,27	

DEBITOS JA REAVISADOS

Mes/Ano	Valor R$
04/2017	15,15

LIGUE 0800 086 0800 E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

4036.5860.C55B.03E5.E7C1.1313 8749 D95A

	7,72		28,62
	14,90		
	2,52		
	1,23	1,40%	0,40
	2,25	6,49%	1,85

6,87	13,74	27,48	3,80	7,60	15,20	3,97
0,00			0,00			0,00

SIMPLICIO MENDES 08/2019 4,99