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, 14 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190580892 **Vítima: TACIO GOMES DOS SANTOS**

Data do Acidente: 15/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOAO MIGUEL NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), TACIO GOMES DOS SANTOS

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

Pag. 00533/00534 - carta_01 - INVALIDEZ
00040267
Carta nº 14960923

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 Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190580892 **Vítima: TACIO GOMES DOS SANTOS**

Data do Acidente: 15/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JOAO MIGUEL NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TACIO GOMES DOS SANTOS

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 joelho 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: **TACIO GOMES DOS SANTOS**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **104**
Agência: **000004446**
Conta: **000004829-0**
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

Pag. 00365/00366 - carta_30 - INVALIDEZ
00020183

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	057.745.093-03	TACIO GOMES DOS SANTOS

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: TACIO GOMES DOS SANTOS
6 - CPF: 057.745.093-03
7 - Profissão: RECUSO
8 - Endereço: AV.JOÃO BATISTA SILVA
9 - Número: 4030
10 - Complemento:
11 - Bairro: IGARAÇU
12 - Cidade: PARNAIBA
13 - Estado: PI.
14 - CEP: 64.216-885
15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD): (086)3323.4075

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 4446 ( ) (Informar o dígito se existir) CONTA: 4829 (0) (Informar o dígito se existir)

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

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: ( ) (Informar o dígito se existir) CONTA: ( ) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - 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

23 - Estado Civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, PARNAIBA.PI.26/09/2019.

Tacio gomes dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

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

972 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 101301.001546/2019-19

Unidade de Registro: DP DE LUÍS CORREIA

Resp. pelo Registro: Márcio Henrique Ventura De Oliveira

Data/Hora: 27/02/2019 - 11:20

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
1º DP DE PARNAÍBA

Data/Hora
15/12/2018 - 18:00

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Município
PARNAÍBA

Bairro
IGARAÇU

Endereço
AVENIDA ROSAPOLIS, Nº

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARIA DO AMPARO DOS SANTOS TORRES Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante
RG: 1115207 SSPPI PI
Mãe: MARIA JOSÉ DA SILVA SANTOS
Pai: FRANCISCO RAIMUNDO DOS SANTOS
Endereco: RUA ANTONIO FIRMINO DA CRUZ, Nº 445
Bairro: SAO VICENTE DE PAULA
Cidade: PARNAÍBA
Telefone(s): 86-9455-8781

Nome: TACIO GOMES DOS SANTOS Tipo Envolv.: VITIMA
RG: 2809516 SSPPI PI
Mãe: MARIA DE FATIMA GOMES DOS SANTOS
Pai: FRANCISCO RAIMUNDO DOS SANTOS
Endereco: TRAVESSA COMENDADOR CORDEZ, Nº 100
Bairro: IGARAÇU
Cidade: PARNAÍBA

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	125 FAN	2007	NHU5077	9C2JC30707R206528	00926187996	Preta

Condutor: TACIO GOMES DOS SANTOS
RG: 2809516 Órgão: SSPPI UF RG: PI
End: TRAVESSA COMENDADOR CORDEZ Número: 100 Complemento:
Cidade: PARNAÍBA UF: PI Bairro: IGARAÇU
Proprietário: TACIO GOMES DOS SANTOS
End: TRAVESSA COMENDADOR CORTEZ Número: 100
Cidade: PARNAÍBA UF: Bairro: IGARAÇU

RELATO DA OCORRÊNCIA

PARA COMUNICAR QUE NA DATA, HORAS E LOCAL ACIMA, SEU IRMÃO QUALIFICADO ACIMA, O MESMO ESTAVA TRAFEGANDO SUA MOTO CITADA ACIMA, QUANDO O MESMO FOI DESVIAR DE UM BURACO E UM CAMINHÃO NÃO IDENTIFICADO, O QUAL NÃO PRESTOU SOCORRO BATEU NA VITIMA, CAUSANDO UM ACIDENTE, O QUAL O MESMO FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HOSPITAL DIRCEU ARCO VERDE, NESTA CIDADE, PASSANDO POR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, O MESMA SOLICITA CERTIDÃO E PROVIDENCIA.

1ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL

APC 103305-8

Scanned by CamScanner

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

672 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 101301.001546/2019-19

Márcio Henrique Ventura De Oliveira - Mat. 1083058
AGENTE DE POLÍCIA

MARIA DO AMPARO DOS SANTOS TORRES - Noticiante
Responsável pela Informação

1ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
PARNAÍBA - PI

Delegado de Polícia

Scanned by CamScanner

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	057.745.093-03	TACIO GOMES DOS SANTOS

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: TACIO GOMES DOS SANTOS
6 - CPF: 057.745.093-03
7 - Profissão: RECUSO
8 - Endereço: AV.JOÃO BATISTA SILVA
9 - Número: 4030
10 - Complemento:
11 - Bairro: IGARAÇU
12 - Cidade: PARNAIBA
13 - Estado: PI.
14 - CEP: 64.216-885
15 - E-mail:
16 - Tel.(DDD): (086)3323.4075

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 4446 ( ) (Informar o dígito se existir) CONTA: 4829 (0) (Informar o dígito se existir)

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

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: ( ) (Informar o dígito se existir) CONTA: ( ) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - 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

23 - Estado Civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, PARNAIBA.PI.26/09/2019.

Tacio gomes dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

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: 18/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TACIO GOMES DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04446

CONTA: 000000004829-0

Nr. da Autenticação 134DABC4BBC6C719

cepisa

Para contato comigo, informe esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO 014075-4

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 – Centro/Sul – Teresina – PI
CNPJ: 06.840.734/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.583-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime especial de tributação autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 27740880

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
SETEMBRO/2019	01/10/2019	30	23,00

ANTONIO RODRIGUES DA SILVA NETO
AV JOAO BATISTA SILVA 4020 4020 - JOAZ SOUZA
CPF: 00047078987349
CEP: 64.216-835 – PARNAIBA

ROT: 161.002.17.11.012700

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	8857	Atual:	24/09/2019
Anterior:	8845	Anterior:	27/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	24/10/2019
Consumo Medido:	12	Emissão:	23/09/2019
Consumo Faturado:	30 FCAM*	Apresentação:	24/09/2019

Forma de Faturamento: MINIMO Código de Irregularidade: Dias de Consumo: 28

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classificação	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1201896		1.1.1.1	37

Mês/ano	consumo
AGO/19	88
JUL/19	71
JUN/19	0
MAI/19	0
ABR/19	0
MAR/19	0
FEV/19	0
JAN/19	4
DEZ/18	55
NOV/18	80

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0-A -30 = 0,6235[illegible]

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO 30 A R$ 0,711519 =		21,34
CORRECAO MONETARIA IG 08/19-00		0,02
MULTA POR ATRASO 08/19-00		1,59
JUROS POR ATRASO 08/19-00		0,05
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	1,19	

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800, E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1, 5, 10, 15, 20, 25.
Parabens! Ate o dia 23/09/2019, nao constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

Você pode optar pela data de vencimento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por meio dos canais gratuitos de atendimento.

CÓDIGO DE BARRAS 1CAD.4579.2054.04C9.8C50.3758.5FA8.9E2D

CONFIGURAÇÃO DA CONTA - R$		INFORMAÇÕES TRIBUTÁRIAS - R$		
Distribuição:	5,76	Base de Cálculo:		21,34
Energia:	11,11	Alíquota ICMS:		
Transmissão:	1,87	Valor do ICMS:		
Encargos:	0,92	Valor do PIS:	1,40%	0,30
Tributos:	1,68	Valor da COFINS:	6,49%	1,38

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMIC			DIC		
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal			Mensal		
Unidade	6,15	12,30	24,60	3,49	6,98	13,95	3,63					

equatorial ENERGIA
cepisa

Para contato consulte o quadro "NÚMEROS"

SEU CÓDIGO
0130118-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 – Centro/Sul – Teresina – PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.385-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime especial de tributação autorizado pelo SEFAZ 00198

Nº da Nota Fiscal 255313.17

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO		TOTAL A PAGAR (R$)
AGOSTO/2019	14/08/2019	-	190,10

JOAO MIGUEL NETO
CJ JARDIN ESPERANCA I 127 127 R CAIAPOS - CRISTO REI
CPF: 00013133420330
CEP: 64.215-730 - PARNAIBA
ROT: 150.00 PC.62.206800

DADOS DA LEITURA

Atual:	12640	Atual:	07/08/2019
Anterior:	12454	Anterior:	09/07/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	06/09/2019
Consumo Medido:	186	Emissão:	05/08/2019
Consumo Faturado:	186 FCAM*	Apresentação:	07/08/2019
Leitura: NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo:	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Medio 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A254981		1.1.1.1	[illegible]

Maior consumo

JUL/19	218
JUN/19	194
MAI/19	193
ABR/19	208
MAR/19	232
FEV/19	223
JAN/19	202
DEZ/18	216
NOV/18	205
OUT/18	204

TARIFA SEM TRIBUTOS:
S A 186 - R$0,636344

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO 186 A R$ 0,885802 =		164,75
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		21,30
CORRECAO MONETARIA IG 07/19-00		0,02
MULTA POR ATRASO 07/19-00		3,97
JUROS POR ATRASO 07/19-00		0,06
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	2,10	
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	1,73	

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25 Parabens! Ate o dia 05/08/2019, nao constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 954F.E775.27A2.F3FC.467E.FBFB.D82B.7467

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$

Distribuição:	34,63
Energia:	66,89
Transmissão:	11,31
Encargos:	5,53
Tributos:	46,39

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R$

Base de Cálculo:	164,7[illegible]	128,51
Alíquota ICMS:	22,00%	
Valor do ICMS:		36,24
Valor do PIS:	1,40%	1,81
Valor do COFINS:	6,49%	8,34

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC Mensal	DIC Trimestral	DIC Anual	FIC Mensal	FIC Trimestral	FIC Anual	DMIC Mensal	DICRI Mensal
Limite	6,15	12,30	24,60	3,49	6,98	13,95	3,6[illegible]	
Realizado	0,00			0,00			0,0[illegible]	

Conjunto PARNAIBA — Período de apuração: 06/2019 — Custo: 68,69

ROT: 150.00 PC.62.206800

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

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, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

[1] SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. [2] CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOÃO MIGUEL NETO

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 131.334.203 / 30, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário TACIO GOMES DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.745.093/03,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima TACIO GOMES DOS SANTOS,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.745.093/03, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

[X] 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: RUA CAIAPÓS CONJ.JARDIM ESPERANÇA 1		Número: 127	Complemento:
Bairro: CRISTO REI	Cidade: PARNAIBA	Estado: PI.	CEP: 64.215-730
E-mail:			Tel.(DDD): (086)3323.4075

Local e Data: PARNAIBA.PI.26 de Setembro de 2019.

João Miguel Neto

Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2017

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DO SAMU 192 PARAÍBA | Nº DA OCORRÊNCIA

C 06 | C 21 | C 29 | C 22 | C 23

1. DATA: 15/12/16 | 2. ENDEREÇO: Av. Rozendalys

3. REFERÊNCIA | 4. SEXO: ☒ Masc. ☐ Fem. | 5. IDADE: 30a | 6. BAIRRO:

7. NOME: Tacio Gomes dos Santos

8. AVALIAÇÃO INICIAL

8.1 - VIAS AÉREAS: ☒ Livres ☐ Obstruídas

8.2 - RESPIRAÇÃO/VENTILAÇÃO: ☐ Taquipnéia ☐ Normal ☐ Dispnéia ☐ Ausente
Posição da Traquéia: ☐ Normal ☐ Desviada
Tórax: ☐ Simétrico ☐ Assimétrico
F. Resp. _____ Sa O2: 99%

8.3 - CIRCULAÇÃO
Pele: ☐ Rosada ☐ Pálida ☐ Cianótica
Mucosas: ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Ictérica
Extremidades: ☐ Corada ☐ Cianótica
Pulso: ☐ Normal ☐ Ausente ☐ Rápido ☐ Irregular
P. Arterial: 120x70 | Pulso _____

8.4 ESCALA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura Ocular	Espontânea	4
	À Voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta Verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensíveis	2
	Nenhuma	1
Resposta Motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
TOTAL: (= 8 INTUBAÇÃO)		Alcoolizado (09)

9. CAUSAS

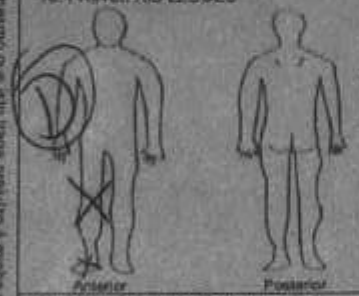
9.1 C. EXTERNAS: ☐ Atropelamento ☐ Capotamento ☒ Colisão ☐ Queda de bicicleta ☐ Queda de moto ☐ Queda ☐ Agressão física ☐ Intoxicação / Envenenamento ☐ Ferimento Lacero-contuso ☐ FAB ☐ FAF ☐ Tent. Suicídio ☐ Choque Elétrico ☐ Queimadura ☐ Afogamento

9.2 C. CLÍNICAS: ☐ Dor Intensa ☐ Dispnéia ☐ Mal Súbito ☐ Convulsão ☐ AVC ☐ Vômitos ☐ Hipertensão ☐ Outros

9.3 C. OBSTÉTRICAS: ☐ Aborto ☐ STV ☐ Trabalho de Parto ☐ Complic. Pós Parto ☐ Outras

9.4 C. PSIQUIÁTRICAS: ☐ Crises ☐ Transferências

10. PRINCIPAIS LESÕES



1 ☐ Laceração
2 ☐ Abrasão
3 ☐ Hematoma
4 ☐ Contusão
5 ☒ Sangramento Externo
6 ☐ Deformidade
7 ☒ Fratura Aberta
8 ☐ FAF
9 ☐ FAB
10 ☐ Edema
11 ☐ Amputação
12 ☐ Avulsão
13 ☐ Dor
14 ☐ Queimadura

ESCALA DE DOR ☐
0 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10

11. SINAIS / SINTOMAS / QUEIXAS

1 ☐ Apnéia
2 ☐ Amnésia
3 ☐ Agitado
4 ☐ Bradicardia
5 ☐ Bradis gerta
6 ☐ Choroso
7 ☐ Cianótico
8 ☐ Cefaléia
9 ☐ Hipotensão
10 ☐ Dor
11 ☐ Enf. sem Subcutâneo
12 ☒ Halito etílico
13 ☐ Hipertensão
14 ☐ Hipertermia
15 ☐ Hipoxia
16 ☐ Hipotermia
17 ☐ Hipoglicemia
18 ☐ Hiperglicemia
19 ☐ Náusea / Vômitos
20 ☐ Otorragia
21 ☐ Paralisia
22 ☐ Pele Fria
23 ☐ Pupilas Foto Reagentes e Isocóricas
24 ☐ Pupilas Mióticas
25 ☐ Pupilas Midriáticas
26 ☐ Pupilas Anisocóricas
27 ☐ Palidez
28 ☐ Retenção Urinária
29 ☐ Rinorragia
30 ☐ Sudorese
31 ☐ Sialorréia
32 ☐ Taquicardia
33 ☐ Taquipnéia
34 ☐ Tontura

☐ Aerosolterapia / Oxigenoterapia
☐ Imobilização com Contenção
☐ Sondagem Nasogástrica
☐ Cateterismo Vesical
☐ Colocação de Cânula Oringofaríngea (Guedel)
☐ Curativo Simples
☐ Curativo 3 Pontos
☐ Aspiração Oro / Naso Traqueal
☐ Manobra de Chin Lift
☐ Manobra de Jaw Thrust
☐ Manobra de Heimlich
☐ Des fibrilação
☐ Eletrocardiograma (ECG)
☐ Glicemia
☐ Hemostasia por Compressão
☐ Colar Cervical

☐ Colocação de KED
☐ Imobilização de Membros
☐ Prancha Longa
☐ Ventilação Mecânica
☐ Intubação
☐ Massagem Cardíaca Externa
☒ Monitorização Cardíaca
☒ Oximetria de Pulso
☒ Punção Venosa 2 AVD
☐ Punção Intra-Óssea
☐ Ventilação c/ Reassuscitador
☐ Verificação de TAX
☐ Outros _____

Jelco 16
Jelco 18

13. HISTÓRIA "AMPLA" Desconhece alergias.
1. ☐ Alergia
2. ☐ Medicações em Uso
3. ☐ Doenças
4. ☐ Última Refeição
5. ☐ Ambiente

14. MEDICAMENTOS / SOLUÇÕES ADMINISTRADOS

1. Droga	2. Quantidade	3. Via						HORA	1. Solução	2. Volume
		EV	ET	IM	SC	SL	VO			
dexametasona	1 (1ml)	X							RL	1000
triamparma	1								SF 0,9	500
inf. Ketamp	1/2 amp.			X						
morfina	1/2 amp.									
atrope	1 amp	X								

15. ÓBITO: ☐ Óbito Antes do Resgate ☐ Óbito no Local ☐ Óbito Durante o Transporte

16. DESTINO: ☐ Liberado ☐ Recusa ☐ IML ☒ Hospital Qual? HEDA.

17. CLIENTE ACOMPANHADO: ☐ SIM ☐ NÃO

18. OBSERVAÇÕES
Vítima inf. de (caminhão x moto) sofreu trauma fratura exposta em MMSS D. Abertura ocular espontânea.

19. CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL: ☐
1. Melhorado 2. Piorado 3. Inalterado

20. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ☒ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Azul ☐ Verde

21. EQUIPE
Enfermeiro / COREN-PI: Danielle
Téc. Enfermagem / COREN-PI: Deanna
Socorista: Francisco
Médico Intervencionista / CRM: Jean
Médico Regulador / CRM: _____

ASSINATURA DO ACOMPANHANTE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NO HOSPITAL
Dr. Carlos A. [illegible]
Médico

Após tomar conhecimento dos riscos envolvidos ao paciente supracitado, autorizo a remoção do mesmo via ambulância do SAMU Paraíba, inclusive ficando a equipe autorizada a proceder as condutas necessárias a garantir a sobrevivência e o alívio do sofrimento do mesmo, conforme a legislação específica que regulamenta os serviços de urgência.

Responsável pelo Paciente _____

Recebido pelo Paciente _____

Assinatura _____

Relatório de atendimento preenchido pelo SAMU 192 mesmo que isto haja prejuízo à minha saúde.

Scanned by CamScanner

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

Ficha de Atendimento (Pronto ...
Atendimento: P0365421
Data: 15/12/2018
Funcionario: SILVIA

Registro: 192837
Hora: 19:58:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 209

SUS

CIO GOMES DOS SANTOS
C.: 03/09/1988 Idade: 30 A,3 M,12 D
.:AV ROSAPOLIS, 4.016 -
E: 2207702 Cor: SEM

CPF: - RG: 2809516 - SUS: 165482795740009
Profissão: LAVRADOR
Civil: OUTROS
CEP: 64200-010
Bairro: IGARACU
Cidade: **PARNAIBA/PI**
Mãe: MARIA DE FATIMA GOMES DOS SANTOS
Tel.:( ) -/(86) 9945-58781

Unica: ***ACOLHIMENTO*** Documento: 1 - HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
Temp.:°c Peso:Kg P.A.:
esponsavel: TACIO GOMES DOS SANTOS - O MESMO

Procedimentos

5/12/2018 19:58 01 CONSULTA (ACOLHIMENTO)
☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO

Exame clinico/fisico: Paciente vítima de atropelamento (moto x caminhão), apresentando fratura exposta de fêmur (E)

Diagnostico provavel: Paciente sob efeito de bebida alcoólica

Medicação:

(A) Vias aéreas pervias, em uso de colar cervical

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

(B) Respirando com suporte de máscara de venturi, Sat 02: 99
FR: 16 irpm

(C) Hemodinamicamente estável
FC: 116 bpm

(D) Glasgow: prejudicado pelo efeito da bebida alcoólica

(E) Fratura exposta de fêmur (E), encaminhe cirurgia

- Ringer lactato 1500ml, Dr
- Dipirona 1 amp + AD, Dr
Avaliação da traumatologia
Avaliação da cirurgia geral
Avaliação da Neurocirurgia

Responsavel: TACIO GOMES DOS SANTOS

Dr. ... - HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

Scanned by CamScanner

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL ESTADUAL GOV. DIRCEU ARCOVERDE
HEDA

Receituário

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE TIAGO GOMES DOS SANTOS COMPARECEU NESTE SERVIÇO PARA ACOMPANHAMENTO DE RECONTRAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR PÓS TRAUMA (DEMI AMPUTAÇÃO) 15/12/18

- SEQUELA EM MEMBRO INFERIOR COM LIMITAÇÃO PERMANENTE DE T930 ADM. de joelho (PERDA TOTAL)

11/03/19

Dr. Deodato Narciso
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 5748
TEOT 14858

Rua Ricardo Rodrigo Coimbra, 1650
B. Rodoviária CEP 64.216-470 Parnaíba - PI
Fone. 3323-7188
www.heda.pi.gov.br

Scanned by CamScanner

...mento	1027672
	15/12/2018
	20:32

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
RUA RODRIGO COIMBRA, 1650
PARNAIBA/PI

N° AIH
MAYRANN

BOLETIM DE ADMISSÃO

2837 - TACIO GOMES DOS SANTOS

TROS - Sexo: MASCULINO - 03/09/1988 - 30 A,3 M,12 D

ca: CIRURGIA GERAL Enfermaria: 009- CLINICA CIRURGICA Leito: 0903 Convênio: SUS

olaridade: Médico: 6748 - DEODATO NARCISO

RG: 2808516 C/N: SIS Prenatal:

ereço: AV ROSAPOLIS, N° 4.016 - CEP: 64200-010 Bairro: IGARACU

ade: 2207702- PARNAIBA/PI Profissão: LAVRADOR Telefone: ( ) -

Mãe: MARIA DE FATIMA GOMES DOS SANTOS

sponsavel: TACIO GOMES DOS SANTOS - ( ) - - O MESMO

gnostico inicial: CIRURGIA - 9999-CID NAO INFORMADO

gnostico Definitivo: Fratura Exposta de Fêmur distal

Resultado

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

Transferido

História Clínica

Fratura exposta de joelho
Controle de dores
Cirurgia

Diagnóstico Provavél

Dr. Deodato Narciso
DEODATO NARCISO

Scanned by CamScanner

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

06553664015593

NOTA DE SALA DE CIRURGIA

ENF./LEITO: 009/0903

ONTUARIO: 192.837 PACIENTE: I027672 TACIO GOMES DOS SANTOS.

CIO: 21:00h HORA TÉRMINO: 22:00h HORA DURAÇÃO: 1h HORA CIRURGIA: Drenagem cortes de PSA

URGIAO: Deodato 1º AUXILIAR: Luis Fernando ANESTESISTA: Roberto

MEDICAMENTOS DE SALA

ESPECIFICAÇÃO	UNID	QUANT	ESPECIFICAÇÃO	UNID	QUANT
renalina	amp		Ocfocina	amp	
ua estéril 10ml	amp		Pancurônio	amp	
opina	amp	03	Pelidine 50mg/2ml	amp	01
Xpromazina	amp		Plasil 10mg	amp	
xametazona 4mg/2ml	amp	01	Propofol 1%, 20ml	amp	
azepam 10mg	amp		Prostigmine	fr	03
mol	amp	01	Soro Fisiológico 0,9%, 500ml	fr	
opamina	amp		Soro Glicosado 5%, 500ml	fr	03
ormonio 15mg/3ml	amp		Soro Ringer c/ lactado	amp	
ortil 10mg/1ml	amp		Sulfato de Magnésio 50%	fr	
nflurano	ml		Suxametônio 100mg	fr	
energam 50mg	amp		Tionembutal	amp	
entanil	fr		Transamin	fr	
laicitano	ml		Xilocaina 2% s/ vaso	fr	
aloperidol	amp		Xilocaina 2% c/ vaso	fr	
etalar	fr		Xilocaina 5% (pesada)		01
Methergim	amp		Buvanpuda		02
Naloxone	amp		cloretina		01
Neocaina c/ vaso	amp		metronidazol		04
Neocaina pesada	amp	01	cibox 50		02
Neocaina s/ vaso	amp		dipirona		01
optamicina	amp	01	Tramadolina		

MATERIAIS DE SALA

ESPECIFICAÇÃO	UNID	QUANT	ESPECIFICAÇÃO	UNID	QUANT
Abocath nº 20	un	1	Algodão c/ agulha nº	env	
Agulha descart. 25x7	un	6	Algodão c/ agulha nº	env	
Agulha p/ raque nº 25G	un	1	Algodão s/ agulha nº	env	
Algodão ortopédico	metro		Algodão s/ agulha nº	env	
Atadura de crepom tam.:	rolo		Cat gut simples c/ agulha nº	env	
Atadura gessada tam.:	rolo		Cat gut simples c/ agulha nº	env	
Dreno de tórax	un		Cat gut Crom. c/ agulha nº	env	
Dreno penrose	un		Cat gut Crom. c/ agulha nº	env	
Equipo p/ macrogotas	un		Mononylon nº 2-0 10	env	3+1/1
Equipo p/ transfusão sanguínea	un		Mononylon nº	env	
Lâmina p/ bisturi nº 20	un	1	Prolene nº	env	
Luva estéril nº 0x / 8,5/7,5/7,0	par	1/1/1/2	Prolene nº	env	
Luva p/ proced. nº M	par	8	Vicryl nº	env	
Scalp nº	un		Vicryl nº	env	
Sonda foley 2 vias nº 16	un	1			
Sonda foley 3 vias nº	un				
Sonda nasogástrica nº	un				
Sonda vesical simples nº	un		O2	m³	7
Coletor de urina	un	1	Escova degermante		
Clamp umbilical	un				

UTILIZADO MATERIAL ÓRTESE/ PRÓTESE? SIM ☑ NÃO ☐

QUAL O MATERIAL USADO? Fixador Externo

FEZ BIOPSIA? SIM ☐ NÃO ☑

QUE PEÇA?

ASSINATURA / CARIMBO: Enfermeira COREN-PI

DATA: 15/12/18

Scanned by CamScanner

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

Piauí
GOVERNO DO ESTADO

BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 15.12.18	SALA
PRONTUÁRIO	

PACIENTE	IDADE	DATA DE NASC	PESO	SEXO
Irene Queiroz dos Santos	30a	/ /		masc

PROCEDIMENTO	ESTADO FÍSICO ASA
Fratura exposta MSE	ASA 3 E

PRESSÃO ARTERIAL	FC	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	OUTROS
120 x 80	70	eupneico	afebril			Alcoolizado!

HEMOGLOBINA	HEMATOCRITO	GLICEMIA	UREIA	CREATININA
	EMERGÊNCIA			

OXIGÊNIO
SEVOFLURANO
SpO2 (%) 99 98 97 98 99
EtCO2
CÓDIGOS: X - INÍCIO E FIM DA ANESTESIA; • - FREQ. CARDÍACA; V - P.A. SISTÓLICA; A - P.A. DIASTÓLICA; O - TEMP.
EMBOLOS 1 3 1 0 1 1 4 5 4 10
DIURESE 2

Dr. ap: Dolo + Ranitidina 50 +
Bupivacaina 10 + Glucose 50 %
03 aps + Fenerina 50
SEQUÊNCIA
1) Monitorização
2) Midazolam 5
3) Bloqueio Anestésico 10cc 13-4
4) 10 mg bupi 0,5% pesada +
morfina
5) Efedrina 5mg
6) Cefalotina 2g
7) Dexametasona 10mg
8) Ondansetrona 4mg
9) Eng. p/ Recuperação após
desinstalação. consciente
Sonolento.
Suspeito SRA 2x ou amb
Atendem. cataci

INÍCIO FIM DURAÇÃO

Técnica Anestésica: Bloqueio Anestésico
Observações: 13-4 - sensibilidade
à anestésica

☒ ECG ☐ PVC ☒ Oxigênio ☐
☐ PAM ☑ PANI ☐ Capnógrafo ☐

GASES	L/min.	Início	Fim	Tempo
Oxigênio	3l/min			
Ar Medicinal				

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

Atropina	03	Amp	Dipirona		Amp	Metoclopramida		Amp	Remifentanil		Fras
Adrenalina		Amp	Dexmedd		Amp	Naloxona		Amp	Ranitidina	01	Amp
Água (ext. 10ml)	03	Amp	Efedrin		Amp	Morfadmalina		Amp	Ringer-Lactato	03	Fras
Cipro 200mg		Fras	Efedrina	02	Amp	Morfina 0,5% pesada	01	Amp	Sufentanil		Amp
Ceftriaxona 1g		Amp	Fentanil (citrato)		Amp	Morfina 0,5% leitosa		Amp	S. Fisio 0,9%	04	Fras
Cimetidina		Amp	Fentanil (fraco)		Fras	Omeprazol		Fras	S. glicosado 5%		Fras
Cefalotina		Fras	Sevoflurano		Ml	Pancurônio		Amp	Atracúrio		Amp
Dexametasona	01	Amp	Hidrocortisona		Fras	Propofol		Amp	Tramadol		Amp
Diazepam		Amp	Isoflurano		Ml	Propofol		Fras	Neostigmina 0,5% v		Fras
Dimed	01	Amp	Morfina		Fras	Propanolol		Amp	Lidocaína 2% v		Fras
Dipirona		Amp	Metoclopramida		Fras	Quetiapina		Fras	Glicose 50%	03	Fr.
Dobutamina		Amp	Naloxona		Amp	Quetamina		Fras	Bicarbonato	01	Fra

Cefalotina 02 fr
Gentamicina 01 amp
Ondansetrona 01 fr

Fenerina 01 amp

Anestesiologista - CRM 5485

Secretaria de Estado da Saúde / SESAPI
Avenida Pedro Freitas, SN, Bloco A, Centro Administrativo
CEP 64015-901 - Teresina, Piauí, Brasil
Telefone: 86 3216.1501
www.saude.pi.gov.br

Scanned by CamScanner

CLÍNICA ORTOPÉDICA		
PRESCRIÇÃO: DATA: 26/12/2018	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA
ALTA HOSPITALAR		10°DPO: LIMPEZA CIRURGICA + REDUÇÃO + FIXAÇÃO DA FRATURA EXPOSTA DO JOELHO EVOLUI REFERINDO DORES FO COM BOM ASPECTO RX: OK

HEDA HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE	TACIO GOMES DOS SANTOS	12	03

Scanned by CamScanner

CLÍNICA ORTOPÉDICA

PRESCRIÇÃO: DATA: 25/12/2018	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA
DIETA LIVRE SF 0,9% 1500ML EV EM 24H CEFALOTINA 1G EV 4/4H (D9) GENTAMICINA 80MG+100ML SF EV 8/8H (D10) METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H (D10) DIPIRONA 2/8 EV DE 6/6H SN TRAMAL 1AMP IM 8/8H SN HEPARINA 5000UI SC 12/12H DIAZEPAM 10MG 1 COMP VO 12/12H CURATIVO SSVV + CCGG 100x60mmHg		10°DPO: LIMPEZA CIRURGICA + REDUÇÃO + FIXAÇÃO DA FRATURA EXPOSTA DO JOELHO EVOLUI REFERINDO DORES FO COM BOM ASPECTO RX: OK APRESENTOU 1 PICO FEBRIL ONTEM NOVO HEMOGRAMA

HEDA HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE	TACIO GOMES DOS SANTOS	12	03

Dr. Osmar B. Linhares Jr
Ortopedia / Traumatologia
CRM 7552 / TEOT 9846

Scanned by CamScanner

CLÍNICA ORTOPÉDICA

PRESCRIÇÃO: DATA: 24/12/2018	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA
DIETA LIVRE SF 0,9% 1500ML EV EM 24H CEFALOTINA 1G EV 4/4H (D9) GENTAMICINA 80MG+100ML SF EV 8/8H (D9) METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H (D9) DIPIRONA 2/8 EV DE 6/6H SN TRAMAL 1AMP IM 8/8H SN HEPARINA 5000UI SC 12/12H 18 NT DIAZEPAM 10MG 1 COMP VO 12/12H CURATIVO SSVV + CCGG		9°DPO: LIMPEZA CIRURGICA + REDUÇÃO + FIXAÇÃO DA FRATURA EXPOSTA DO JOELHO EVOLUI REFERINDO DORES FO COM BOM ASPECTO RX: OK

HEDA HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE	TACIO GOMES DOS SANTOS	12	03

às 14h TAX: 38.6°C

Scanned by CamScanner

GOVERNO DO PIAUÍ

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

PARNAÍBA - PIAUÍ

HEDA
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

OME Tacio Gomes dos Santos IDADE _____ LEITO 12-3 DATA 23/12/18

PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	Cont. ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
			tratado conforme prescrição médica, segue em repouso no leito, em observação. — Maria Elizete Bezerra Campos Técnica de Enfermagem COREN-PI 2822 CPF 004.298.927-2

Scanned by CamScanner

CLÍNICA ORTOPÉDICA

PRESCRIÇÃO: DATA: 23/12/2018	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA
DIETA LIVRE SF 0,9% 1500ML EV EM 24H CEFALOTINA 1G EV 4/4H (D8) GENTAMICINA 80MG+100ML SF EV 8/8H (D8) METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H (D8) DIPIRONA 2/8 EV DE 6/6H TRAMAL 1AMP IM 8/8H SN HEPARINA 5000UI SC 12/12H DIAZEPAM 10MG 1 COMP VO 12/12H CURATIVO SSVV + CCGG		7°DPO: LIMPEZA CIRURGICA + REDUÇÃO + FIXAÇÃO DA FRATURA EXPOSTA DO JOELHO EVOLUI REFERINDO DORES FO COM BOM ASPECTO RX: OK HEMOGRAMA: TOCADO, COM DESVIO CD: MANTER ATB SOLICITO AVALIAÇÃO NEUROLOGICA

HEDA HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE	TACIO GOMES DOS SANTOS	12	03

Scanned by CamScanner

CLÍNICA ORTOPÉDICA

PRESCRIÇÃO: DATA: 22/12/2018	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA
DIETA UVRE SF 0,9% 1500ML EV EM 24H CEFALOTINA 1G EV 4/4H (D7) GENTAMICINA 80MG+100ML SF EV 8/8H (D7) METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H (D7) DIPIRONA 2/8 EV DE 6/6H TRAMAL 1AMP IM 8/8H SN HEPARINA 5000UI SC 12/12H CURATIVO SSVV + CCGG		6°DPO: LIMPEZA CIRURGICA + REDUÇÃO + FIXAÇÃO DA FRATURA EXPOSTA DO JOELHO EVOLUI REFERINDO DORES FO COM BOM ASPECTO RX: OK HEMOGRAMA: TOCADO, COM DESVIO CD: MANTER ATB

HEDA			
HOSPITAL REGIONAL DIRCEU ALCOVERDE	TACIO GOMES DOS SANTOS	12	03

Scanned by CamScanner

CLÍNICA ORTOPÉDICA

PRESCRIÇÃO: DATA: 21/12/2018	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA
DIETA LIVRE		6°DPO: LIMPEZA CIRURGICA + REDUÇÃO +
SF 0,9% 1500ML EV EM 24H		FIXAÇÃO DA FRATURA EXPOSTA DO JOELHO
CEFALOTINA 1G EV 4/4H (D6)		EVOLUI REFERINDO DORES
GENTAMICINA 80MG+100ML SF EV 8/8H (D6)		FO COM BOM ASPECTO
METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H (D6)		RX: OK
DIPIRONA 2/8 EV DE 6/6H		MANTER ATB
TRAMAL 1AMP IM 8/8H SN		SOLICITO NOVO HEMOGRAMA
HEPARINA 5000UI SC 12/12H		
CURATIVO		
SSVV + CCGG		17h TAX 37.9°C 18h PA= 110x70mmHg

HEDA			
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE	TACIO GOMES DOS SANTOS	12	03

Dr. Bernardo Souza Filho
Ortopedia Traumatologia
CRM 5862 RQE 6508

Scanned by CamScanner

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

HEDA

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

NOME: Jacio Gomes REG: ENF: LEITO:

D/HR 18/12/2015 as 24h - Paciente admitido no PS movimento de via pública conduzido pelo SAMU, sob efeito alcoólico. Queixa de trauma com amputação de MTE. Chegou com AVP em MSE. Colocado anti-toxa, dipirona. Avaliado pelo Cirurgião e Ortopedista. Realizou TC crânio, torax e abdome. Preparado para procedimento cirúrgico.

Lidiane Moraes da Silva
Enfermeira
COREN PI 515673

Scanned by CamScanner

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
2 - CNES: 8015899
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
4 - CNES: 8015899

29112

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: TACIO GOMES DOS SANTOS
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 192637
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 165482795740009
8 - DATA DE NASCIMENTO: 03/09/1988
9 - SEXO: Masc. X 1 Fem. 2
10 - NOME DA MÃE: MARIA DE FATIMA GOMES DOS SANTOS
11 - TELEFONE DE CONTATO: (86) 9945-58761
12 - ENDEREÇO: AV ROSAPOLIS, 4.016 - IGARACU
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: PARNAIBA
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO: 2207702
15 - UF: PI
16 - CEP: 64200-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Fratura Exposta em joelho

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO: Complicações

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): ex + Exame Físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: CIRURGIA
21 - CID PRINCIPAL:
22 - CID SECUNDÁRIO:
23 - CAUSAS ASSOC.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Osteossíntese
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
26 - CLÍNICA: CIRURGIA GERAL
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: URGÊNCIA
28 - DOCUMENTO: (x) CNS ( ) CPF
29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 09 125 293 03
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Deonto Lima
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 16/12/2018
32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:
45 - DOCUMENTO: ( ) CNS (x) CPF
46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:
48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.:

Scanned by CamScanner

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

06653664015593

LAUDO CIRURGICO

* DO ATEND.: 1027672 PACIENTE: TACIO GOMES DOS SANTOS

IAGNOSTICO: Fratura Cervical em Joelho OPERACAO:

ATA: 15/12/18 INTERVENCAO:

IRURGIAO: Ricardo Nascimento AUXILIARES: Luis Gustavo

NESTESISITA: Moraes PRE-MEDICACAO

TERVENCAO: TERMINO DURACAO

DESCRICAO DO ATO OPERATORIO
(TECNICA, LIGADURA, DRENAGEM, FECHAMENTO)

1/ Manipulação
2/ Assepsia + antisepsia + lavagem cirúrgica
3/ Campos + Desbridamento + lavagem cirúrgica
4/ Fixação externa c/ minifixador de joelho
5/ Curativo
6/ Aguardo segundo tempo cirúrgico

LAUDO DO ANESTESISITA

ESTESISTA: INICIO TERMINO DURACAO

PO DE ANESTESIA AGENTE VOLUME

MEDICACAO NA S. O.

0																
0																
0																
0																
0																
0																
0																
0																
0																
0																

Scanned by CamScanner

CLÍNICA ORTOPÉDICA

PRESCRIÇÃO: DATA: 20/12/2018	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA
DIETA LIVRE SF 0,9% 1500ML EV EM 24H CEFALOTINA 1G EV 4/4H (D5) GENTAMICINA 80MG+100ML SF EV 8/8H (D5) METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H (D5) DIPIRONA 2/8 EV DE 6/6H TRAMAL 1AMP EV 8/8H HEPARINA 5000UI SC 12/12H CURATIVO SSVV + CCGG		5°DPO: LIMPEZA CIRURGICA + REDUÇÃO + FIXAÇÃO DA FRATURA EXPOSTA DO JOELHO EVOLUI BEM FO COM BOM ASPECTO RX: OK CD: MANTER ATB

HEDA HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE	TACIO GOMES DOS SANTOS	12	03

Scanned by CamScanner

CLÍNICA ORTOPÉDICA

PRESCRIÇÃO: DATA: 19/12/2018	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDI
DIETA LIVRE		4PO DE LIMPEZA CIRURGICA+REDUÇ
SF 0,9% 1500ML EV EM 24H 1º ( ) 2º ( ) 3º ( )		DA FRATURA EXPOSTA DO JOELHO
DIPIRONA 2/8 EV DE 6/6H SN		EVOLUI BEM
VOLTAREN 75 MG IM DE 12/12 S/N		FO COM BOM ASPECTO
CEFALOTINA 1G EV 4/4H (D4)		RX:OK
GENTAMICINA 80MG+100ML SF EV 8/8H (D4)		
METRONIDAZOL500MG EV 8/8H (D4)		
TRAMAL 1AMP EV 8/8H SN		
HEPARINA 5000UI SC 12/12H		
RETIRAR SONDA VESICAL		
SSVV + CCGG		

HEDA			
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE	TACIO GOMES	12	03

Scanned by CamScanner

CLÍNICA ORTOPÉDICA

MEDIA	TACIO GOMES	12	03

Dr. Oscar B. Lothes
Ortopedia / Traumatologia
CRM 3354 / TEOT 98...

Scanned by CamScanner

CLÍNICA ORTOPÉDICA

PRESCRIÇÃO: DATA: 17/12/2018	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA
DIETA LIVRE SF 0,9% 1500ML EV EM 24H DIPIRONA 2/8 EV DE 6/6H SN VOLTAREN 75 MG IM DE 12/12 S/N CEFALOTINA 1G EV 4/4H (D2) GENTAMICINA 80MG+100ML SF EV 8/8H (D2) METRONIDAZOL500MG EV 8/8H (D2) TRAMAL 1AMP IM 8/8H SN HEPARINA 5000UI SC 12/12H SSVV + CCGG		2 PO DE LIMPEZA CIRURGICA+REDUÇÃO+FIXAÇÃO DA FRATURA EXPOSTA DO JOELHO EVOLUI BEM RX:OK

HEDA HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE	TACIO GOMES	12	03

Dr. Fabrício O. Almeida
Ortopedista/Traumatologista
CRM/PI 2022 - TEOT 8509
RQE 2488

Scanned by CamScanner

CLÍNICA ORTOPÉDICA

PRESCRIÇÃO: DATA: 16/12/2018	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA.
DIETA ZERO ATE SEGUNDA ORDEM SF 0,9% 1500ML EV EM 24H DIPIRONA 2/8 EV DE 6/6H SN Atenção VOLTAREN 75 MG IM DE 12/12 S/N Atenção CEFALOTINA 1G EV 4/4H (D1) 10/12 18 22 Reparar 02 Reparar GENTAMICINA 80MG+100ML SF EV 8/8H (D1) 8/8 de 1/1 com 22 Reparar 02 Reparar METRONIDAZOL500MG EV 8/8H (D1) TRAMAL 1AMP IM 8/8H SN Atenção HEPARINA 5000UI SC 12/12H 18 com Atenção SSVV + CCGG		FRATURA TORNOZELO PRE OP OK AGUARDA CIRURGIA

HEDA HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE	Dr. Fabrício O. Almeida Ortopedista/Traumatologista CRM/PI 2822 - TEOT 8509 TACIO GOMES	12	03

Scanned by CamScanner

GOVERNO DO PIAUÍ

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

PARNAÍBA - PIAUÍ

HEDA
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME Tacio Gomes dos Santos IDADE 30 a LEITO _____ DATA 15/12/18

PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
		Em 15.12.2018 às 20:40, paciente vítima de colisão, apresenta fratura exposta de fêmur (E), admitido no CC proveniente do PS para a realização de fixação do MIE, lúcido, físico, alcoolizado, na maca, em AVP no MSD/E. Desconhece alergias medicamentosas (SIC). Aguardando cirurgia ortopédica. Aux. Enf. FMO. Beatriz Almeida	
		Ana Cristina Coelho Sousa ENFERMEIRA COREN-PI 54[illegible]	
		Às 23:30 Pct. Administrado sob Sedação do CC. Consciente, orientado, pálido, PVI de fraldas de PVC e alergia medi-	

Scanned by CamScanner

RUA RODRIGO COIMBRA, 1.650 - RODOVIARIA
Fone: (86) 3323-7188
CEP: 64216-470 - PARNAIBA/PI

Data de Nascimento	Endereço
03/09/1988	AV ROSAPOLIS, 4.016 - IGARACU PARNAIBA/PI

ENF: 009 22/3 LEITO: 0903

Paciente: TACIO GOMES DOS SANTOS Nº DO ATENDIMENTO 1027672 IDADE30 A,3 M,12 D

Data	Prescrição Enfermagem	Horário de Medicação	QUANT	Evolução Enfermagem
15/02/18				
1)	Dieta livre 4H3 Dipirona e Clorpro da Clínica			
2)	SF0,9% 1000ml EV 4/4H			Fratura exposta de
3)	Cefalotina 1g EV 6/6H			joelho
4)	Gentamicina 80mg + FA 100ml EV 8/8H			
5)	Metronidazol 500mg FA EV 8/8H			
6)	Dipirona 1g EV 8/8H			
7)	Tramadol 100mg + SF0,9% 100ml EV 8/8H			
8)	Heparina 5000UI SC 12/12H			
9)	Solicito RX FT			
10)	SSW + CCGG			

Scanned by CamScanner

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR
DIRETORIA DE PESSOAL
GABINETE DE IDENTIFICAÇÃO
(Portaria do Ministério da Justiça nº [illegible])

RG Nº 10.1515-69

POSTO / GRADUAÇÃO	QUADRO	SITUAÇÃO
3º Sgt PM	QPMP-0	RR. Proventos 2º Ten

FILIAÇÃO A
JOÃO MIGUEL NETO

GS	FAT	MATRÍCULA	INCLUSÃO
O	NEG	011025-6	20 Jun 1969

ASSINATURA DO PORTADOR
João Miguel Neto

CÉDULA DE IDENTIDADE - VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

GABINETE DE IDENTIFICAÇÃO - PMPI

PAI
MIGUEL PEREIRA NETO

MÃE
LUIZA PEREIRA NETA

LOCAL E DATA DE NASCIMENTO	Nº DA CÉDULA	VIA
Esperantina - PI - 09 Dez 1945	001746	1ª

CPF	PIS/PASEP
131.334.203-30	-XXX-

TÍTULO ELEITORAL	CRM
20197461/20 - 003 - 096	01278510398

DOCUMENTO APRESENTADO
Reg Cas nº 1.245, Cart Ruben Furtado, Parnaíba-PI, Lv 106, Fl 61-V a 62, Exp 16 Mar 1977

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO
Teresina-PI, 27 Dez 2006

FERNANDO DEMERVAL RODRIGUES MIRANDA - CEL PM
ASSINATURA DO DIRETOR DE PESSOAL DA PMPI

DE PUBLICA - LEI FEDERAL Nº 7.116, DE 29 AGO 83 E, DECRETO ESTADUAL Nº 4.744, DE 11 JUL 85

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI

Nº 014208925457

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	00926187996		2019

0250
00d8
8c7e
3d46
0401
e6b9
c5d8
991a
696d
5a10
7719

NOME: TACIO GOMES DOS SANTOS
****
****

CPF / CNPJ	PLACA
05774509303	NHU-5077

PLACA ANT / UF	CHASSI
-	9C2JC30707R206528

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLE/NENHUMA	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN	2007	2007

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
02P/0124CC	PARTICU	PRETA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
		1ª IPVA
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2ª
		3ª PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO	PAGO	OBRIGATÓRIO	

OBSERVAÇÕES: SEM RESTRICOES

LOCAL	DATA
PARNAIBA	02/10/2019

JOAO MARTINS DO REGO LOBAO
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 014208925457 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2019	02/10/2019

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	05774509303	NHU-5077

RENAVAM	MARCA / MODELO
00926187996	HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
2007	09	9C2JC30707R206528

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRÊMIO (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
000,00	000,00	000,00

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A PAGAR PELO SEGURADO (R$)
000,00	000,00	084,58

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
X COTA ÚNICA / PARCELADO	01/10/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

DENATRAN - DEPTRAN

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: TACIO GOMES DOS SANTOS

RG: 2.809.516 Órgão Emissor: SSP-PI. CPF: 057.745.093-03

Nacionalidade: BRASILEIRO Esta. Civil: SOLTEIRO Profissão: RECUSO

Endereço: AV.JOÃO BATISTA SILVA Nº: 4020

Bairro: IGARAÇU CEP: 64.216-885 Cidade/UF: PARNAIBA-PI.

Telefone: ( ) ( ) ( )

OUTORGADO:

Nome: JOÃO MIGUEL NETO

RG: 10.1515-69 Órgão Emissor: FM-PI. CPF: 131.334.203-30

Nacionalidade: BRASILEIRO Esta. Civil: CASADO Profissão: RECUSO

Endereço: RUA CAIAPÓS CONJUNTO JARDIM ESPERANÇA 1 Nº: 127

Bairro: CRISTO REI CEP: 64.215-730 Cidade/UF: PARNAIBA.PI.

Telefone: ( )(086)3323.4075 ( )(086)99412.1349 ( )(086)99997.3115

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a que confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia medica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer a praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vitima: TACIO GOMES DOS SANTOS

CPF: 057.745.093-03 **Data do Acidente** 15 / 12 / 2018.

Cobertura solicitada: (X) Invalidez Permanente ( ) DAMS ( ) Morte

2º OFÍCIO

PARNAIBA.PI.26 de Setembro de 2019.

Local e data

Tacio Gomes dos Santos

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma)

CARTÓRIO BEZERRA
2º Ofício - Parnaíba - PI
Maria Teresa Mendes Bezerra Lima
Mario Alberto Mendes Bezerra
Tabeliães - Comprometidos

Cartório do 2º Ofício de Notas
AVENIDA PRESIDENTE GETÚLIO VARGAS, CENTRO - Nº 164, PARNAÍBA
RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE TACIO GOMES DOS
EM TEST. DA VERDADE. DOU FÉ. PARNAÍBA, 07/10/2019
SELO AA.158869 - BNYM CONSULTE EM www.tjpi.jus.br/portaleextra

MARIA TERESA MENDES BEZERRA LIMA - ESCREVENTE
Emol. R$ 3.85 TJ: R$ 0.77 MP: R$ 0.10 Selo: R$ 0.26 Total: R$ 4.98

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0355354/19

Vítima: TACIO GOMES DOS SANTOS

Data do acidente: 15/12/2018

CPF: 057.745.093-03

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TACIO GOMES DOS SANTOS

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOAO MIGUEL NETO : 131.334.203-30

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

TACIO GOMES DOS SANTOS : 057.745.093-03

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: 11/10/2019	Data do cadastramento: 11/10/2019
Nome: JOAO MIGUEL NETO	Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 131.334.203-30	CPF: 059.344.647-01
JOAO MIGUEL NETO	PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190580892 **Cidade:** Parnaíba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TACIO GOMES DOS SANTOS **Data do acidente:** 15/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO E FIXAÇÃO) E ALTA MÉDICA. (P2 P4 P16 P20)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**