

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUI
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA DO SEGUNDO DISTRITO POLICIAL
PARNAIBA-PIAUI.



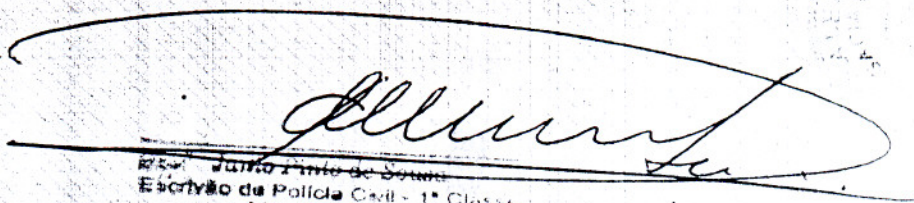
CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA de Nº 2547 /08

Natureza: Acidente de trânsito.

Jânio Pinto de Sousa, escrivão de Polícia Civil, 1ª classe no uso de suas atribuições legais:

CERTIFICA, a requerimento verbal de parte interessada e por ser a expressão da verdade para fins de Direito, que revendo o livro de ocorrências, desta Distrital, nele, as folhas de Numero:32, Foi encontrado a do seguinte Teor: Compareceu nesta Delegacia a pessoa de:JOSE LUIS DOS SANTOS ROCHA, Brasileiro, Maior, solteiro, Piauiense, Auxiliar de Escritório, RG; 1.939.709-PI, CPF;780.310.603-04, residente e domiciliado nesta Cidade na rua Travessa Prudente de Moraes II, numero: 50, Bairro Pindorama, para comunicar que no 12.12.07, as 22.30 horas, conduzindo a motocicleta, HONDA XR 250 TORNADO, DE PLACA; LUY:4263-PI, ANO 03, MODELO 03, DE COR PRETA, CHASSI; 9C2MD34003R102865, em nome de James de Castro Silva, como passageira a sua Irmã de nome, SILVANA DOS SANTOS ROCHA, RG;1.485.673-PI, CPF;709.812.803-15, a mesma reside no mesmo endereço, pela a BR 343, próximo ao Posto da Polícia Rodoviária Federal, atravessou um animal a sua frente um jumento, vindo a colidir com o referido animal, caíram, e foram conduzidos por terceiros ao hospital Dirceu Arcoverde, e a sua Irmã, de consequência do acidente, veio a sofrer fratura do Joelho Direito, e o queixoso foi transferido para o Hospital Santa Edwiges, onde foi submetido intervenção cirúrgica no braço direito de consequência do acidente. Era o que se continha na referida Ocorrência.

Parnaíba 17 de Março de 2008

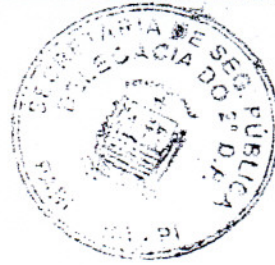

Escrivão de Polícia Civil - 1ª Classe
Mat. 038.991-9
Chefe do Cartório
Parnaíba - PI



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA DO 2º DISTRITO DE POLÍCIA CIVIL
PARNAÍBA-PIAUI FONE: 86 3323-1500

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA

NATUREZA: I.M.L



Jânio Pinto de Sousa, Escrivão
Polícia civil 1ª classe do 2º distrito
Policial Parnaíba, matrícula 038991-
9. no uso das atribuições legais que
lhe são conferidas.

CERTIFICO, a requerimento verbal da parte interessada e por ser
a expressão da verdade para fins de Direito, que Nesta Cidade De Parnaíba, Estado do
Piauí, não tem **I.M.L** (Instituto Médico Legal), e sim, somente na Cidade de
Teresina- Pi há 345 km. Atesto que o acima é verdade e dou Fé

CERTIDÃO
Certifico que a presente cópia foto-
gráfica está em tudo conforme o original
que conferi e dou fé que me reporto e dou
fé. Em testº da verdade

Parnaíba

25 MAR 2008

Atestado 3º Ofício

- ☐ Cláudia Maria de Sousa Portela - Tabelião e Escrivã
☐ Helenice Maria de Souza - Escrevente Substituta
☒ Waldir Almeida dos Santos - Escrev. Compromissada



Parnaíba- Pi 24 de Março de 2008

Jânio Pinto de Sousa

Escritor de Polícia Civil - 1ª Classe
Matr. 038.991-9
Cidade de Parnaíba
Piauí - Brasil



HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / PEQUENA CIRURGIA

Nome: Jose Luiz dos Santos Rosa
Nasc.: 22/03/79 Sexo: M Cor: P Est. Civil:
Profissão: Naturalidade: BURITI DO GRA Escolaridade:
Pai: CRAV. LAZARTE DE MORAES S.S Mãe: Mãe DO DETARIO SANTOS ROSA
End.: PIZARRA Mun.: PIZARRA Est.: PI
Responsável: Parentesco:
R.G.: Outros:

Data e hora do atendimento: 12/12/07 23:35

HDA / EXAME FÍSICO

Transtorno no antebraço direito
com dor edema, desconforto
na região do antebraço

HD: Positiva dos raios X.

PROCEDIMENTO REALIZADO

13032011
Cód.: 07012268

Prescrição Médica	Horário	Evolução de Enfermagem
<u>Rx do antebraço d.</u>		<u>ptc sofreu acidente</u>
<u>do antebraço d.</u>		<u>automobilista, apresentando</u>
<u>do antebraço d.</u>		<u>edema fatura de</u>
<u>do antebraço d.</u>		<u>antebraço direito</u>
<u>do antebraço d.</u>		<u>encaminhado ao</u>
<u>do antebraço d.</u>		<u>Ortopedista P.A. = 120x70mm</u>

Destino: ☐ Alta ☐ Inalterado ☐ Com Melhora ☐ Curado ☐ Transferência ☐ Óbito
Internamento ☐ Sim ☐ Não Clínica

Assinatura do Paciente / Responsável

Dr. José Osvaldo G. dos Santos
MEDICO
CRM-2488
Assinatura e Carimbo do Médico

LABORATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatório a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Jose Luis dos Santos Rocha

NÚMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÃO DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

12.12.07

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

17.12.07

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

FABRÍCIO OLIVEIRA ALVES

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Fraturas dos ossos do membro inferior

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Revisão cirúrgica + fixação na fratura 17.01.08

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? | SIM | NÃO
CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO.

- 1º Alteração do M.S.D. com fratura de -
- 2º Alucal em punho com fratura funcional -
- 3º em 60% (segundo o Censo)
- 4º
- 5º

AFIRMO QUE ASSISTI E /OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 27.03.08 a 27.03.08 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Paraná-PI 27.03.08

LOCAL

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO
CRM-PI 2822-0807 8509

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE.

PARANÁ-PI 27.03.2008

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VÍTIMA

16
RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatório a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

NÚMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÃO DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? [] SIM [] NÃO
CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

[] A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

[☒] A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO.

1º

2º

3º

4º

5º

AFIRMO QUE ASSISTI E /OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE _____ A _____ E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE.

LOCAL

DATA

João Luiz de Souza Rocha
ASSINATURA DA VÍTIMA

HOSPITAL SANTA EDWIGES LTDA.
SISTEMA DE RECEPCAO HOSPITALAR - ERSAO 07.07.75
ANAMNESE DO PACIENTE - INTERNADOS

DATA...: 17/12/2007
HORA...: 12:21:58
PAGINA:

Nome.....: JOSE LUIS DOS SANTOS ROCHA Prontuario.: 00017028
Endereco.: TRAV PRUDENTE DE MORAIS Nº 50 Nasc...: 12/03/1978
Bairro....: PINDORAMA Cidade.: PARNAIBA CEP.: 64.215-090
Fone.....: 9929 6956 Est. Civil: S Idade...: 28a9m5d
Pai.....: ANTONIO GOMES DA ROCHA Mae.: MARIA DO ROSARIO DOS S ROCHA
Profissao: AUX DE ESCRITOR S.A.M.E.: - Sexo: M

ATENDIMENTO ATUAL: 00012607 Registro: 015702/0201 Data: 17/12/2007 - 07:20:00

MEDICO.....: 021881-JOSE OSVALDO GOMES DOS SAORIGEM: 05 - POSTO 2
PROCEDIMENTO....: -
CONVENIO.....: 001 - INTERNACAO SUS ATENDENTE: 0016 ELIDA GARDENIA DA
COS
UNIDADE.....: 0009 - APARTAMENTOS LEITO: 0006 - APARTAMENTO 06

RESUMO DE TRATAMENTO

HISTORIA DA DOENCA ATUAL:

*após acidente oper
sem tra suspeita fratura ABD*
ANTECEDENTES: *NDN*

I.S.....:

EXAME FISICO:

*Colo euc e deformidade
ABD*

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

Fratura radii d

DIAGNOSTICO DEFINITIVO.:

e metacarpo

ALTA EM : *1/1/*

CONDICOES DE ALTA: _____
MEDICO.: JOSE OSVALDO GOMES DOS SANTOS

CLINICA SANTA EDWIGES LTDA

NOME: _____

DIAG. PRÉ-OPERATÓRIO: fratura radio D

DIAG. PÓS-OPERATÓRIO: o mesmo

PROCEDIMENTO: Osteossintese

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Iniciamos fazendo um
incisão sobre a fratura
radio e fixamos com
placas e parafusos

CIRURGIÃO: _____

AUXILIAR: _____

AUTORIZAÇÃO PARA OPERAÇÃO

Autorizo o corpo clínico deste hospital a realizar procedimento cirúrgico adequado ao meu tratamento médico, bem como me comprometo a cumprir suas normas/regimento.

Painha: 1/1

Paciente: _____ RG/CPF: _____

Responsável: _____ RG/CPF: _____

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT.

Nº. do Sinistro

Eu, JOSÉ LUIS DOS SANTOS ROCHA portador (a) do RG nº. 1.939.709 expedido por SSP-PI em 28/5/1997 e CPF nº. 780.310.603-04 / CNPJ nº. na qualidade de favorecido (a) / beneficiário (a) do valor referente à indenização / reembolso do seguro obrigatório DPVAT da vítima JOSÉ LUIS DOS SANTOS ROCHA, autorizo a seguradora CONAPP – Cia Nacional de Seguros S.A. a efetuar o respectivo pagamento / crédito de acordo com a forma abaixo indicada:

☐

CRÉDITO EM CONTA CORRENTE.

Nº. BANCO

Nº. AGÊNCIA

C/C

☐

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL.

Nº. BANCO 001

Nº. AGÊNCIA

C/P

☐

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ.

Nº. BANCO 341

Nº. AGÊNCIA

C/P

☒

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL.

Nº. BANCO 104

Nº. AGÊNCIA 030

C/P 114.006-5

☐

PAGAMENTO CONTRA-RECIBO (ORDEM DE PAGAMENTO) EM QUALQUER AGÊNCIA DO BANCO DO BRASIL S/A

Declaro que a conta acima mencionada é de minha titularidade.

Uma vez efetuado o pagamento / crédito do valor da Indenização do Sinistro, de acordo com as informações acima descritas, reconheço o recebimento e dou como quitado o valor da referida indenização.

PARNIABA -PI 27 DE MARÇO DE 2008

LOCAL / DATA

José Luis dos Santos Rocha

ASSINATURA DO FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 7134519741

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM RNTRO EXERCÍCIO
1 801507448 2007

NOME/ENDEREÇO
JAMES DE CASTRO SILVA

00400
RUA PARAIBA
N. S. DO CARMO PI

CPF/CGC 39481492320 PLACA LXY-4263

PLACANT/UF 9C2MD34003R102865

ESPÉCIE/TIPO CHASSI COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLETA/GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/XR 250 TORNAO 2003 2003

CAP/POT/GIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
002P/249CC PARTICU PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS
1 1ª IPVA
2 2ª IPVA
3 3ª PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA PAGAMENTO
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES

SEM RESTRIÇÕES

PARAIBA 12/06/2007

JAMES DE CASTRO SILVA
DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS TERCEIROS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VALORES PRECISEMOS E COMISSÃO APRESENTADA
TRANSFERRIDA PARA O SEGURO DPVAT

PI Nº 7134519741 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JAMES DE CASTRO SILVA

00400
RUA PARAIBA
N. S. DO CARMO PI

CPF/CGC 39481492320 PLACA LXY-4263

PLACANT/UF 9C2MD34003R102865

BILHETE DE SEGURO DPVAT - VIA CONVÊNIO

PI Nº 7134519741 EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2007 12/06/2007

NOME/ENDEREÇO

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/XR 250 TORNAO 2003 2003

CAP/POT/GIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
002P/249CC PARTICU PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS
1 1ª IPVA
2 2ª IPVA
3 3ª PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$)

SEGURO PAGO

VIA CONVÊNIO

JAMES DE CASTRO SILVA
DETRAN - PI

PROCESSO

21
h

Informações sobre Processo

Processo: 2008/099054/01

Nome Vítima: JOSE LUIS DOS SANTOS ROCHA

Data do Sinistro:

Cobertura: INVALIDEZ PERMANENTE

Responsável: JOSE LUIS DOS SANTOS ROCHA

Última Atualização: 3/4/2008

Data Pagamento: 25/4/2008

Valor Pagamento: 1.350,00

Regra Cálculo:

Descritivo de Pagamento:



PODER JUDICIÁRIO
JUIZADO ESPECIAL CÍVEL DE PARNAÍBA – ANEXO DA UESPI
Av. Getulio Vargas , 963, centro, Tel: 3322-1616
PARNAÍBA – PIAUÍ

Processo nº 3345108

Oficial de Justiça: _____

CERTIDÃO

Certifico, para os fins de direito, que autuei e registrei a inicial e documentos que a instruem em 15 de Outubro de 2008, designando audiência de CONCILIAÇÃO para o dia 01/12/2008, às 9:00 horas, neste Juizado. Certifico, ainda, que intimei pessoalmente a parte reclamante, ficando ciente de que se não comparecer o processo será arquivado e a parte será condenada a pagar as custas processuais. Dou fé.

Em 15 Outubro /2008

Plote
ESCREVENTE

com f. m.
15/10/2008.



AVISO DE
RECEBIMENTO
AVIS CNOX

AR

RO 1 7 7 9 5 0 8 4 BR

DATA DE POSTAGEM / DATE DE DÉPÔT

13 NOV 2008

UNIDADE DE POSTAGEM / BUREAU DE DÉPÔT

TENTATIVAS DE ENTREGA / TENTATIVES DE LIVRAISON

PREENCHER COM LETRA DE FORMA

NOME OU RAZÃO SOCIAL DO REMETENTE / NOM OU RAISON SOCIALE DE L'EXPÉDITEUR

JU. L. A. D. D. E. S. P. E. C. I. A. L. C. L. U. E. L. D. E.

P. A. R. N. A. I. B. A.

ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO / ADRESSE

AV. GETULIO VARGAS 963

CENTRO

CIDADE / LOCALITÉ

P. A. R. N. A. I. B. A.

UF

PJ

BRASIL

64200-200

ENDEREÇO PARA
DEVOLUÇÃO
RETOUR

PREENCHER COM LETRA DE FORMA

AR

DESTINATÁRIO DO OBJETO / DESTINATAIRE

NOME OU RAZÃO SOCIAL DO DESTINATÁRIO DO OBJETO / NOM OU RAISON SOCIALE DU DESTINATAIRE

CONAPP - CIA. NACIONAL DE SEGUROS

ENDEREÇO / ADRESSE

RUA SÃO CLEMENTE 38 - 4º ANDAR

CEP / CODE POSTAL

CIDADE / LOCALITÉ

UF

PAÍS / PAYS

RIO DE JANEIRO RJ

DECLARAÇÃO DE CONTEÚDO (SUJEITO À VERIFICAÇÃO) / DISCRIMINATION

and 01/12108

Proc. 3345108

NATUREZA DO ENVIO / NATURE DE L'ENVOI

☐ PRIORITÁRIA / PRIORITAIRE

☐ EMS

☒ SEGURO / VALEUR DÉCLARÉ

ASSINATURA DO RECEBEDOR / SIGNATURE DU RÉCEPTEUR

LEANDRO COSTA

Matr.: 51971

DATA DE RECEBIMENTO
DATE DE LIVRATION

13 NOV 2008

CARIMBO DE ENTREGA
UNIDADE DE DESTINO
BUREAU DE DESTINATION

NOME LEGÍVEL DO RECEBEDOR / NOM LISIBLE DU RÉCEPTEUR

LEANDRO COSTA

Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO
RECEBEDOR / ÓRGÃO EXPEDIDOR

RUBRICA E MAR. DO EMPRESÁRIO
SIGNATURE DE L'AGENT

ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO NO VERSO / ADRESSE DE RETOUR DANS LE VERSO