



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SAO JOAO DO PIAUI/PI**

**Processo:** 08002720520198180135

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente a lesão ocorrida em 17/02/2014, paga no valor de R\$ 7.087,50, para que surta os seus legais efeitos, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, haja vista o correto pagamento realizado em seara administrativa neste processo e pela lesão anterior.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

SAO JOAO DO PIAUI, 22 de maio de 2019.

**EDNAN SOARES COUTINHO**  
**1841 - OAB/PI**



Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2014

Carta nº: 4535815

A/C: JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO

Sinistro: 2014335480  
Vitima: josivaldo de castro ribeiro  
Data Acidente: 17/02/2014  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: josivaldo de castro ribeiro

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 104

Agência: 000003848

Conta: 000004834-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Perda funcional completa de um dos membros inferiores, em grau médio = 52,50%	R\$	7.087,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores, em grau intenso = 52,50%	R\$	7.087,50
Total avaliado:	R\$	7.087,50
Valor de Multa / Juros:	R\$	0,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



OUTROS

\*1004054\*



2-20

29/04

## AVISO DE SINISTRO DPVAT

No SINISTRO:

17 SP 607 270/214

(2014 335480)

SEGURADORA:

COBERTURA RECLAMADA

( ) MORTE

(X) INVALIDEZ

( ) DAMS

NOME DA VÍTIMA

CPF

DATA NASCIMENTO

JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO 445.198.518-82 09.06.1984

DATA DO ACIDENTE: 17 102 2014

HORA: 11:40

## QUALIFICAÇÃO DO RECLAMANTE OU CORRETOR:

Nome: IVO DE ASSIS ROSADO CPF: 337.368.043-34 Dt. Nasc: 06/02/1963

Endereço: RUA RODRIGO CARVALHO, 932 Bairro: CENTRO

Cidade: SÃO JOÃO DO PIAUI Estado: PIAUI CEP: 64-760-000

Tel: (89) 3483-2770 / 9441-6534

## DADOS DA OCORRÊNCIA:

Código Vítima: ( ) 1 - Transportado (2) 2 - Não Transportado ( ) 3 - Motorista

Tipo de Veículo: CAMINHÃO FORD UF/No Placa: CFU-4791 V. identificado? SIM

Boletim Ocorrência: 037/2014 Data BO: 17/02/2014 Delegacia: SÃO JOÃO DO PIAUI

Município: SÃO JOÃO DO PIAUI Estado: PIAUI

## Informação por tipo cobertura:

Morte = Data óbito: 1 1

Invalidez = Nº Laudo IML: Médico:

Dams = Valor Pleiteado: R\$



Local e Data SÃO JOÃO DO PIAUI, 11.04.14 Assinatura x Josivaldo de Castro Ribeiro

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 55.716.473-4 EXPEDIDO POR SSP/SP EM 09/08/2011  
 CPF 445198518-82 /CNPI 0000000000-00000-00, PROFISSÃO LAURADOR  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 150,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSIVALDO DE C. RIBEIRO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

\*1004039\*



! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br));

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)  
 BANCO \_\_\_\_\_ AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO  
 BANCO 237 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL  
 BANCO 001 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ  
 BANCO 341 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
 BANCO 104 • AGÊNCIA 3848 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 4-834-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL SÃO JOÃO DO PIAUI-PI DATA 11/04/2014.

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Josivaldo de castro Ribeiro

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A435 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 01/04/2014

>> CONSULTA EFETUADA COM SUCESSO

| MOVTO. E SALDO DO DIA

PAG: 001 / 001

AG: 3848. - SAO JOAO DO PIAUI

OPER: 013

CONTA:

4.834-9

NOME: JOSIVALDO DE CASTRO RIBEI

LIMITE FLUTUANTE GIM:

DISPONIVEL.: 0,00

LIMITE CHEQUE AZUL:

SALDO TOTAL: 0,00

BLOQUEADO:

NR.DOC

HISTORICO

V A L O R

F1 AJUDA F4 SALDO DE POUPANCA F7 VOLTA PAG. F8 AVANCA PAG. R0R30429  
F3 RETORNAR F5 POSICAO INVESTIMENTOS F6 RESUMO LIMITES F12 FINALIZAR





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA  
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR  
15ª ÁREA DE ATENDIMENTO



DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO JOÃO DO PIAUÍ/PI

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA – NATUREZA NÃO CRIMINAL**

OCORRÊNCIA: n.º 037/2014

DATA/ REG. 17 de Fevereiro de 2014.

NATUREZA: Acidente de trânsito (Lesão Culposa)

**DADOS DO NOTICIANTE e/ou VÍTIMA**

NOME: Antonio Osvaldo  
NACIONALIDADE: Brasileiro.

ESTADO CIVIL: Divorciado  
NATURALIDADE: Upanema / RN.

PROFISSÃO: Motorista  
RG. N.º 88345634 – SSP/SP.

DATA DE NASC: 06/08/1950  
C.P.F. N.º 813.157.328-15

FILIAÇÃO: Muis Tomaz da Silva e Lusía Florencio de Melo

ENDEREÇO: Rua Coronel Silvestre Veras – Upanema / RN.

Cel. (84)9623-7964



**HISTÓRICO**

**NOTICIA:** Diz o noticiante que hoje por volta de 11h40min ao trafegar pela Av. Cândido Coelho em direção ao canteiro de obras da Construtora Luiz Costa Ltda; sendo que ao passar em frente ao Hospital Regional Teresinha Nunes de Barros, conduzindo o veículo **CAMINHÃO FORD F12000 L**, placa – **CFU 4791**, ano / mod. **1997/1997**, código renavam **675149959**, cor – **AMARELA**, em nome de **CONSTRUTORA LUIZ COSTA LTDA**, ouviu somente o estouro, quando olhou pelo retrovisor observou pessoas que tentavam chamar sua atenção, e este então desceu do caminhão e percebeu que um dos pneus havia soltado o cubo do pneu, atingindo um indivíduo, que não sabe precisar o nome. Informa, por fim, o noticiante que logo em seguida a vítima foi conduzida em uma maca para o hospital local; sendo que o noticiante não sabe nada dizer o estado de saúde do mesmo. **Era o que tinha a noticiar.**

Encarregado do Registro:

*Willan Novais de Sousa*

Willan Novais de Sousa  
Escritório "Ad Hoc"  
Wat. 043425-3

Noticiante:

*Antonio Osvaldo*

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

"TU04026"





**GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA  
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE SÃO JOÃO DO PIAUÍ - PI**

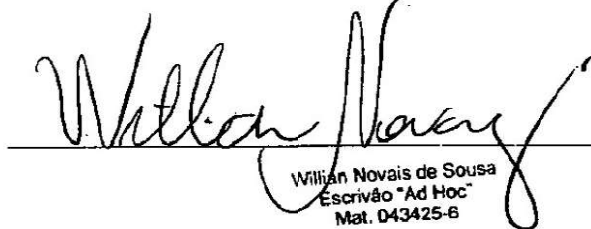


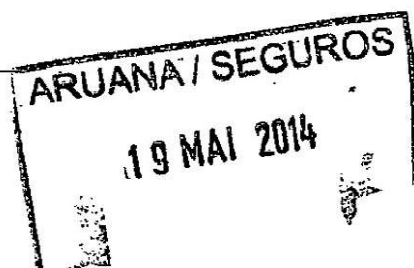
**ADITAMENTO** ao Boletim de Ocorrência n.º 037/2014

*Aditamento*

Eu, **WILLIAN NOVAIS DE SOUSA**, Escrivão de Polícia Ad Hoc, da Delegacia de Polícia Civil de São João do Piauí, Certifico que, após averiguações feitas no local, foi constatado a realidade do acidente automobilístico, ocorrido no dia 17.02.2014, envolvendo o veículo Caminhão Ford F 12000, placa CFU-4791, código renavam 675149959, cor amarela, ano/mod. – 1997; teve como vítima o Sr. **JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO**.

DP de São João do Piauí/PI, 07 de Maio de 2014.

  
Willian Novais de Sousa  
Escrivão "Ad Hoc"  
Mat. 043425-6



# DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO, portador da carteira de identidade nº 55.716.473-4 e inscrito no CPF/MF sob o nº 445.198.518-82 residente e domiciliado na LOCALIDADE GRAJAU, Nº 100 - ZONA RURAL Cidade SÃO JOÃO DO PIAUI, Estado PIAUI, 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.

CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML

\*1004029\*



x Josivaldo de castro Ribeiro

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



SÃO JOÃO DO PIAUI-PI. 11. 04. 2014.

Local e data

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO

RG nº 55.716.473-4, data de expedição 09/08/2011, Órgão SSP/SP,

CPF nº 445.198.518-82, 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:

COMPROVANTE DE RESIDENCIA

\*1004040\*



Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>LOCALIDADE GRAJAU</u>
Número	<u>100</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>SÃO JOÃO DO PIAUÍ</u>
Estado	<u>PIAUÍ</u>
CEP	<u>64.760-000</u>
Telefone de Contato	<u>(89) 3483-2770 / 9441-6534</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SÃO JOÃO DO PIAUÍ - PI, 11.04.2014.

Assinatura do Declarante: Josivaldo de Castro Ribeiro



00003 1555

1. Nome e sobrenome do(a) autor(a): Dr. Carlos Roberto de Almeida  
 2. Endereço completo: Rua da Liberdade, 123 - Centro - São Paulo - SP  
 3. Telefone: (11) 3456-7890  
 4. E-mail: carlos@exemplo.com.br  
 5. Assunto: Relatório de Pesquisa em Física  
 6. Data: 15/03/2024  
 7. Assinatura: [Assinatura]  
 8. Carimbo: [Carimbo]

000031555  
A Junta Social de Energia Eléctrica - S.C. foi criada  
pela Lei nº 10 433 de 26 de abril de 2007.

MARCO/2014 13/03/2014 51 14,19

ZITA MARIA DE CASTRO  
LC GRAJAU 100 B-RURAL

CEP: 64.760-000 - SAO JOAO DO PIAUI - ROT: 187.781.03.85.031500

6396	03/03/2014
6345	11/02/2014
1,000	06/04/2014
51	03/03/2014
51	03/03/2014
NORMAL	20

RESID. BX. RENDA MONO ... 4705839 ... 1.6.1.1 ... 69

FEV/14	68	CONSUMO	30 A R\$ 0,140025 =	4,20
JAN/14	66		21 A R\$ 0,240037 =	5,04
DEZ/13	69	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		2,65
NOV/13	72	DIFERENCA DE TARIFA		11,52
OUT/13	83	SUBVENCAO BAIXA RENDA		9,22
SET/13	68			
AGO/13	63			
JUL/13	58			
JUN/13	76			
MAI/13	79			

TARIFA SEB TRIBUTOS:

Mes/Ano                      Valor: R\$  
02/2014                      19,25

[illegible]

BANDEIRAS TARIFARIAS 2014: A VERDE NAO GERA ACRESCIMO. AMARELA E  
 VERMELHA GERAM. EM FEVEREIRO VIGORARIA A BANDEIRA VERMELHA, A QU  
 AL IMPLICARIA 0,030 R\$/KWH DE ACRESCIMO. [WWW.ANEEL.GOV.BR](http://WWW.ANEEL.GOV.BR)  
 LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

D748, F628, 729F, 92E4, 971B, 0333, 518D, B126

7,91	20,76
7,01	20,00%
0,53	4,15
1,16	0,00
4,15	0,00

0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00			0,00			0,00

01/2014

ARUANA / SEGUROS  
29 ABR 2014



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA  
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR  
15ª ÁREA DE ATENDIMENTO



DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO JOÃO DO PIAUÍ/PI



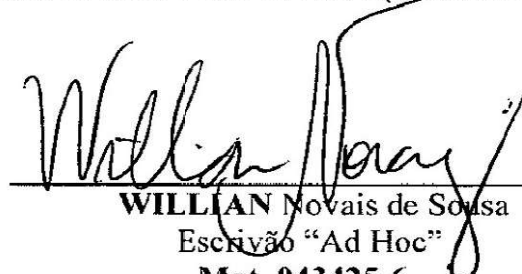
TERMO DE DECLARAÇÃO  
(IML/BOMBEIRO/ANJOS DO ASFALTO)

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR



O Sr. Francisco **JORGE TERCEIRO** Silva, Delegado de Polícia, da Delegacia de Polícia Civil de São João do Piauí/PI, no uso de suas atribuições legais etc... **DECLARA** para os devidos fins que se fizerem necessários (**recebimento de Seguro DPVAT**), que a pessoa de nome **JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO (condutor/vítima não fatal)**, já qualificado no Boletim de Ocorrência, no dia **17.02.2014**, sofreu um acidente, com registro no **BO n.º 037/2014 - Delegacia de Polícia Civil de São João do Piauí/PI e na circunscrição do município não possui IML – Instituto Médico Legal, BOMBEIROS e nem ANJOS DO ASFALTO**, havendo apenas o **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU** para a prestação de socorro, mas no caso em tela a vítima foi socorrida por populares. Além dos órgãos citados não há também órgãos competentes para realização de outras perícias que caso requeram.

**DADO E LAVRADO**, nesta cidade de São João do Piauí, Estado do Piauí, na Delegacia de Polícia Civil, aos 07 dias do mês de **MAIO** ano de **2014** (dois mil e catorze).

  
**WILLIAN** Novais de Sousa  
Escrivão "Ad Hoc"  
Mat. 043425-6



Cliente: Parvelado de Castro Sibeiro

Nº Cartão do SUS: ---

End.: Crangon

End.: E. R.

Telefone: ---

D. do Nascimento: 09/07/84 Sexo: M Documento: 55.716.473.4

Data: 17.02.14 Horário: 11:45

Assinatura: Marcos S. Parente

Nome da Mãe: Elza Maria de Castro

Data dos 1ºs Sintomas: 1 / 1 / 1

Raça/Cor: ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Indígena ☐ Branca ☐ Parda

Educacionalidade: ☐ Nenhum ☐ De 1 a 3 ☐ De 3 a 7 ☐ De 8 a 11 ☐ De 12 a mais

ID: 11.11.11 de 11.11.11

CID: Agitação típica bipolar, episódio agitado

CID: deprimido de forma grave

CID: ---

☐ Consulta

☐ Consulta com Medicação

☐ Consulta com Aerosol

☒ Consulta com Observação

☐ Consulta com Pequena Cirurgia

☐ Consulta com Aparelho Gessado

☐ Consulta com Internação (Anexar AIH)

☐ Consulta com Transferência

☐ Consulta Ambulatorial

**ARUANA / SEGUROS**  
**29 ABR 2014**

PRESCRIÇÃO MÉDICA	ENFERMAGEM
<u>1- Clonazepam 1mg - 150mg</u>	<u>11.50</u>
<u>2- Morfina - 1mg x 4</u>	<u>12.10</u>
<u>3- Dipropom 10mg - 10mg</u>	<u>12.10</u>
<u>4- Dipropom 10mg - 10mg</u>	<u>12.10</u>
<u>5- Voltaren 75mg - 10mg</u>	<u>12.10</u>
<u>6- Endopur 100mg - 10mg</u>	<u>12.10</u>

Alta: --- Data: 1 / 1 / 1 Hora: ---

CASA DE SAÚDE E MAT. NOSSA SENHORA DOS REMÉDIOS  
AV NOSSA SENHORA DE FATIMA, 670 - CENTRO - PICOS(PI)  
CNPJ: 07.883.775/0001-00 CNES: 507541-6

F I C H A D E I N T E R N A Ç Ã O

===[ ADMISSÃO ]==

Número 201421000451 Data 19/02/2014 Hora 19:12 Convênio PLANO ECONOMICO Carteira  
Caráter de Atendimento OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO Regulação:  
Origem do Paciente RESIDÊNCIA Clínica/Especialidade CLINICA CIRURGICA/GERAL  
Médico Solicitante 2466 - GERALDO GONCALVES NUNES Médico Responsável 2466 - GERALDO GONCALVES NUNES  
Procedimento Solicitado

Dias  
0

===[ IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE ]==

Nome JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO Sexo MASCULINO  
Nascimento 09/06/1984 Idade 29 Anos Raça/Cor PARDA Estado Civil SOLTEIRO Religião CATÓLICA  
Mãe ZITA MARIA DE CASTRO Pai

Conjuge Responsável ANA CLAUDIA MARCOS SANTOS Prontuário 22463  
CNS Registro Documento Informado

201402140000445 RG: 557164734

País BRASIL Município de Naturalidade SAO JOAO DO PIAUI/PI CEP 64760-000

Município de Residência SAO JOAO DO PIAUI/PI Logradouro ATALHO GRAJAU

Número Complemento SN Bairro ZONA RURAL

Fone Móvel (89)9427.1349 Fone Fixo Ponto de Referência

Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO) EMPREGADO INFORMAL / AUXILIAR NOS SERVIÇOS DE ALIMENTAÇÃO

===[ CONTATO/ACOMODAÇÃO ]==  
Em caso de urgência avisar O RESPONSÁVEL

Tipo de Acomodação APARTAMENTO Clínica CLINICA MEDICA Acomodação/Leito APT005/1  
Posto de Enfermagem POSTO DE ENFERMAGEM

Atendente: leiliane Data: 19/02/2014 Hora: 19:16:54 Tempo: 00:04:36

===[ TERMO DE RESPONSABILIDADE ]==

ANA CLAUDIA MARCOS SANTOS, abaixo assinado, responsável pelo paciente JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) CASA DE SAÚDE E MAT. NOSSA SENHORA DOS REMÉDIOS, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

PICOS(PI), 19 de fevereiro de 2014

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

*Ana claudia Marcos Santos*



**CONSULTÓRIO MÉDICO DR EDUARDO MOURA**

**LAUDO MÉDICO**

CPF: 445.198.518-82

**Josivaldo de Castro Ribeiro**

Paciente vítima de acidente de trânsito no dia 17/02/2014 ( estava andando em via pública quando foi atingido por um pneu que soltou de um caminhão em movimento). Foi atendido no Hospital de São João do Piauí, onde evidenciou-se fratura de ossos da perna esquerda. Foi transferido para o Hospital Dr Oscar em Picos- PI, onde foi submetido a cirurgia ( colocado fixador externo) no dia 20/02/2014.(ficará por quatro meses).

Evolui com dor local e dificuldade para deambular.

Sequela temporária da lesão

CID 10-

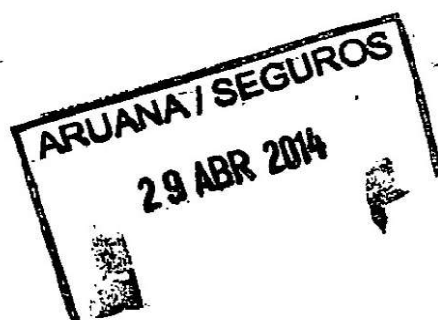
S 82.2.

**São João do Piauí, 10/04/2014**

*Eduardo Reis de Moura*  
**Eduardo Reis de Moura**

Dr. Eduardo Reis de Moura  
Médico

CRM/PI 2416 - CPF 880.932.394-72



CASA DE SAÚDE E MAT. NOSSA SENHORA DOS REMÉDIOS  
AV NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, 670 - CENTRO - PICOS(PI)  
CNPJ: 07.883.775/0001-00 CNES: 507541-6

LAUDO MÉDICO DE INTERNAÇÃO

==[ PACIENTE ]==

Nome

JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO

Sexo

MASCULINO

Nascimento Idade Religião

09/06/1984 29 Anos CATÓLICA

Acompanhante Internação Anterior

\* [ ] Sim [ ] Não [ X ]

==[ ADMISSÃO ]==

Número

Data

Hora

Convênio/Plano

201421000451 19/02/2014 19:12 PLANO ECONOMICO/UNICO

==[ HISTÓRIA CLÍNICA + EXAME FÍSICO ]==

Parach a fratura da Osm  
do fêmur esquerdo  
incompleta e exposta

==[ DIAGNÓSTICO INICIAL ]==

Fratura da Osm da perna esquerda CID10 [ ]

==[ SUMÁRIO DE EVOLUÇÃO ]==

ALTA CONDIÇÃO

- [ ] Curado  
[ ] Melhorado  
[ ] Estacionário  
[ ] Piorado  
[ ] Em tratamento  
[ ] Não tratado

TIPO DE ALTA

- [ ] Decisão Médica  
[ ] A pedido  
[ ] Transferência  
[ ] Para Diagnóstico  
[ ] Para tratamento AMB  
[ ] Transitória

TIPO DE ÓBITO

- [ ] Operatório  
[ ] Pós-operatório  
[ ] Imediato (12 Horas)  
[ ] Mediato (1 Semana)  
[ ] Tardio (Após 1 Semana)  
[ ] Tratamento Clínico  
[ ] Sem tratamento \*

\* Causa:

ARUANA/SEGUROS  
29 ABR 2014

==[ DIAGNÓSTICO DEFINITIVO ]==

Fratura dos ossos da perna esquerda CID10 [ ]

==[ TRATAMENTO REALIZADO ]==

[ ] Clínico [ ] Cirúrgico [ ] Outros

==[ ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ]==

Geraldo G. Nunes  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM 2465 - CPF 123.314.634-55

Geraldo G. Nunes

CASA DE SAÚDE E MAT. NOSSA SENHORA DOS REMÉDIOS  
AV NOSSA SENHORA DE FATIMA, 670 - CENTRO - PICOS(PI)  
CNPJ: 07.883.775/0001-00 CNES: 507541-6

ALTA HOSPITALAR

===[ INTERNAÇÃO ]=====

Número Data Hora Convênio/Plano  
201421000451 19/02/2014 19:12 PLANO ECONOMICO/UNICO  
Médico Solicitante Médico Responsável  
GERALDO GONCALVES NUNES - 2466 GERALDO GONCALVES NUNES - 2466  
Procedimento Solicitado

===[ PACIENTE ]=====

Nome Sexo  
JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO MASCULINO  
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro  
09/06/1984 29 Anos CATÓLICA 22463 201402140000445

===[ ACOMODAÇÃO ]=====

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem  
APT005/1 APARTAMENTO CLINICA MEDICA POSTO DE ENFERMAGEM

===[ DIAGNÓSTICO/PROCEDIMENTO ]=====

HD. Infum to Om do Puro Experi  
cd - trauma CID10 [ ]  
Código [ ]

===[ NOTIFICAÇÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR ]=====

[ ] Não [ ] Sim Descrição: \_\_\_\_\_

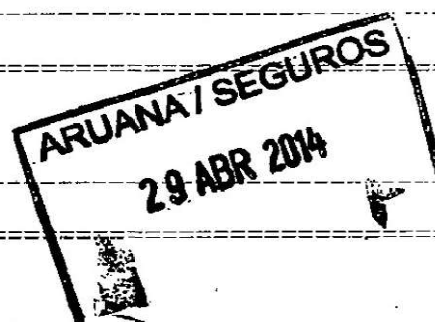
===[ ALTA ]=====

Data Hora Motivo

[ / / ] [ : ]

===[ MÉDICO RESPONSÁVEL PELA ALTA ]=====

Assinatura de Geraldo G. Nunes  
ASSINATURA



CRM/CARIMBO

Usuário responsável:

Data: Hora:

===[ DECLARAÇÃO DE ALTA A PEDIDO ]=====

ANA CLAUDIA MARCOS SANTOS, abaixo assinado, responsável pelo paciente JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO, solicita alta hospitalar do mesmo, do(a) CASA DE SAÚDE E MAT. NOSSA SENHORA DOS REMÉDIOS onde este encontra-se internado, ciente de estar agindo contra a orientação e parecer dos médicos do referido estabelecimento de saúde, e assumindo integralmente, a responsabilidade por sua decisão.

PICOS(PI), 19 de fevereiro de 2014

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS



Hospital Dr. Oscar  
Urgência 24 h

## EVOLUÇÃO MÉDICA

NOME

Josivaldo de Castro  
Ribeiro

MATRÍCULA

Notas sobre a evolução da doença. Complicações, consultas, mudanças de diagnósticos condições ao ser dada alta. Instruções ao paciente devendo todas anotações ser assinada pelo o médico que faz.

DATA	RÚBRICA
19/02/14	Revisão médica a 67 dias de início por orn de 100 mg de 1/2 unidade de 100 mg
20/02/14	Revisão médica por Dr. at. ortop.
21/02/14	Revisão médica por Dr. at. Sta Hospital

Dr. Josivaldo de Castro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 14455 TEST 9907

ARUANA SEGUROS  
29 ABR 2014

**BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA**

DATA 20/02/14

NOME:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

1º AUX. Dr. Ronaldo

2º AUX.

ANESTESISTA: Dr. Eustáquio

INSTRUMENTADOR:

CIRCULANTE:

CIRURGIA PROPOSTA:

CIRURGIA REALIZADA:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA:

Retirada de tecido de fundo de  
abdome e subcutâneo  
circunferência da  
coxa e  
placa de

Dr. Gerardo Gonçalves Soares  
Título em Patologia e Citologia  
CNPJ 12.466.780/0001-00

ARUANA/SEGUROS  
29 ABR 2014



[illegible]



Médico (Carimbo e Assinatura)	Data / Hora	Paciente:	Convênio:
	19/02/14	Jorgealdo de Castro Ribeiro	Plano Econômico
		Médico: Dr. Geraldo	Enfº: 05
			Leito:
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
1) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
2) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
3) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
4) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
5) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
6) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
7) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
8) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
9) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
10) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
11) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
12) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
13) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
14) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
15) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
16) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
17) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
18) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
19) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
20) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
21) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
22) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
23) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
24) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
25) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
26) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
27) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
28) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
29) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
30) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
31) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
32) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
33) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
34) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
35) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
36) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
37) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
38) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
39) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
40) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
41) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
42) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
43) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
44) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
45) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
46) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
47) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
48) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
49) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
50) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
51) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
52) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
53) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
54) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
55) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
56) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
57) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
58) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
59) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
60) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
61) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
62) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
63) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
64) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
65) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
66) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
67) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
68) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
69) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
70) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
71) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
72) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
73) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
74) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
75) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
76) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
77) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
78) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
79) 1000mg / 1500mg / 1000mg			
80) 1000mg			

Médico (Carimbo e Assinatura)	Data / Hora	Paciente:	Convênio:
	29/02/14	Isivaldo de Costa Ribeiro	Plano Convênio
		Médico:	Enfº:
		Dr. Geraldo	Leito:
			05

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
Dito zero 5/2 11/14		AVOZ: 2015, Paciente E.
STO 191.	20/02/14 16:39 (23.05.13)	Tua Q1 O C-C, Pl 1.00m
Dipiridone (2:18)	20/02/14 20:18	Ten-se a um Puroce
Tylenol 400mg 12/14	20/02/14 20:18	Dinamo cinético.
Tylenol 01 12/14	20/02/14 20:18	SSW+CCG- 659-7251
Paracetamol 1g 14/14	20/02/14 20:18	ASO7: 2015, Paciente
Paracetamol (2:18)	20/02/14 20:18	Deixar o C-C, Job CEG
Sonda vesical S/M		anestésicos / intenc
Margarete Moniz		nuências. SSW+CCG
SSW		20/02/14 659-7251
		16:00h. Paciente seguiu
		reforma mal-estar
		desconforto em 15.00h
		S. Paciente mudou
		medicação (com)

**ARUANA/SEGUROS**  
29 ABR 2014

Dr. Geraldo Gonçalves Nunes  
Traumatologia e Ortopedia  
CRM-PI 2466 TEOT 8960









## PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014335480**Cidade:** São João do Piauí**Natureza:** Invalidez**Vítima:** josivaldo de  
castro ribeiro**Data do acidente:** 17/02/2014**Emissor do  
parecer:** Carla de  
Andrade  
Silveira**Seguradora:** ARUANA  
SEGUROS S/A**Prestadora:** IBMES INST.BRASDE MEDICINA  
ESPEC.EM SEGUROS LTDA**CRM do médico:** 312915

## PARECER

**Data da análise:** 03/06/2014**Valoração do IML:** 0,00**Perícia médica:** Não**Diagnóstico:** FRATURA MIE**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO**Sequelas permanentes:** DANO FUNCIONAL MIE**Sequelas:** Com sequela**Conduta mantida:****Quantificação das sequelas:** DANO GRAVE MIE**Documentos complementares:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** ARNALDO KACELNIK**UF do CRM do médico:** RJ

## DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70	1	75

**Valor avaliado:** 7.087,50

Navegador PJE - CNJ

PJE

Consulta processos - Proce...

0800272-05.2019.8.18.0135...

CNJ AC AL AM AP BA CE DF ES GO MA MG MS MT PA PB PE PI PR RJ RN RO RR RS SC

ProOrd 0800272-05.2019.8.18.0135

JOSIVALDO DE CASTRO RIBEIRO X SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT

5139349 - Petição (2593723 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01)

Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 23/05/2019 16:51:34

23 May 2019

JUNTADA DE PETIÇÃO DE PETIÇÃO

5139343 - Petição

5139349 - Petição

(2593723 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01)

5139456 -

Comprovante (Anexo 01)

16:51

14 May 2019

AUDIÊNCIA CONCILIAÇÃO

REALIZADA PARA 14/05/2019

20 de 21

Página: 1 de 1

Zoom automático

Z593723- CS/ 2019-01991/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA

ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SAO JOAO DO PIAUI/PI

Processo: 08002720520198180135

PT

10:27

24/05/2019