

# 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: 14/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

### \*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CLEITON OLIVEIRA RIBEIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00639

CONTA: 00000127951-0

---

Nr. da Autenticação C1CF1DE9AF4296F5

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180328564      **Cidade:** Inhuma      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE CLEITON OLIVEIRA RIBEIRO      **Data do acidente:** 24/05/2017      **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.  
FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT DE FUNÇÃO EM GRAU LEVE DE OMBRO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR. NÃO OBSERVO SEQUELAS NEUROLÓGICAS. SEM USO DE MEDICAÇÕES.  
PACIENTE DEAMBULA SEM DIFICULDADE, SEM AUXILIO. APRESENTA DÉFICITS DE MOVIMENTOS EM OMBRO ESQUERDO. DÉFICITS DE FLEXÃO (REALIZA 0-120), EXTENSÃO (REALIZA 0-30), ADUÇÃO (REALIZA 0-40), ABDUÇÃO (REALIZA 0-120), ROTAÇÃO INTERNA (REALIZA 0-40) E ROTAÇÃO EXTERNA (REALIZA 0-20) DE OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 01/08/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** - REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.  
RAIO X CLAVÍCULA ESQUERDA: FRATURA COMPLETA DO TERÇO MÉDIO/DISTAL DA CLAVÍCULA.

**Médico examinador:** LUANNA MOURA MOREIRA

**CRM do médico:** 4718

**UF do CRM do médico:** PI

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** FABIO S SELERI FERNANDES

**CRM do médico:** 52.63021-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



PREFEITURA MUNICIPAL DE INHUMA - PI  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE INHAZINHA NUNES  
Rua Cel. Cícero Portela, 463 - Centro - Inhuma - PI

### ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

NOME: Tadeu Chagas Oliveira Ribeiro CPF: 11.111.111-11  
FILIAÇÃO: MÃE: Maria da Conceição Oliveira Ribeiro  
DATA DE NASC.: 13/06/1956 SEXO: Homem ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
ENDERECO: Aru - Baixas.

#### EXAME CLÍNICO / DIAGNÓSTICO: (PRANTÃO SEM MÉDICO)

Paciente vítima de acidente motociclistico (SM), do tipo colisão com moto-scooter-motorizada, consciente, orientado, com corte contuso na fibra inguinal e suspeita de fratura da clavícula L + corte contuso no MTC (pé L) + múltiplas lacerações pelo corpo. Encaminhado para o Hospital Regional Butáquio Pontela (HRBP). Paciente apresentava com alteração.

PA: 120x90mmHg, Sat. O<sub>2</sub>: 99%; FC: 98 bpm.

#### PROCEDIMENTOS:

- Toquejo e exame clínico compreensivo (orelha L, pé L e D).
- Encaminhado para o Hospital Regional Butáquio Pontela (HRBP) para avaliação médica.

DATA: 24/05/2017

*Atenção à paciente de Inhuma*  
*Maria da Conceição Oliveira Ribeiro*  
*Enfermeira*  
*COREN-PI 2002*

ASS. RESPONSÁVEL:

Investprev Seguradora S/A

17 JUL 2017

CNPJ: 42.366.302/0006-32

**Senha 52**

**JOSE CLEITON OLIVEIRA RIBEIRO**

Nasc.: 18/06/1991 Idade: 25 ANOS, 11 MESES, 6 DIAS Profissão:  
 End.: BAIXA, 0 - Bairro: ZONA RURAL Cidade: INHUMA/PI  
 Cor: PARDA Telefone: ( ) - Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO OLIVEIRA RIBEIRO Pai: VICENTE DE OLIVEIRA RIBEIRO

Clinica: CLINICA GERAL Documento: 2640 - HELDER ANTONIO MARTINS DE OLIVEIRA

Responsável: JOSE CLEITON OLIVEIRA RIBEIRO - O MESMO Temp.: 0°C Peso: 0Kg P.A.: 1401X90

**Procedimentos**

24/05/2017 13:11 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICOS)  
 24/05/2017 13:06 0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

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

**Queixa principal:**

*Doulce de dor no teto. SIC*

**Exame clínico/físico:**



**Diagnóstico provável:**

*Fractura craniana, um OTDRAG*

*+ pi s, c, enurese*

**Medicação:**

**Procedimentos/exames realizados:**

**Ass. Técnico**

1) Rx Amb e TC de crânio

2) Radiografia de Boca

3) Examenar e f. im. Boca

4) Cauda lat.

Investprev Seguradora S/A

17 JUL 2018

CNPJ: 42.366.302/0006-32



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUX  
PRAÇA ANTÔNIO NEIVA,  
BOMBA, PÍOCES/PI - 64601-391  
CNPJ: 06.553.564/0102-01  
(89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

**Relatório de Atendimento (Emergência)**

Atendimento: 00-431792

Registro: 366694

Data: 24/05/2017

Horário: 19:21:00

Funcionário: SABRINA

Tipo: CONSULTA

Senha: 429

Sexo: MASCULINO

SUS

**JOSE CLEITON OLIVEIRA RIBEIRO**

Nasc.: 18/06/1991 Idade: 25 ANOS, 11 MESES, 6 DIAS Gênero:

Civil: CEP: 64535-000

End.: ROVADO DAIAIS DO ADAO, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: INHUMA/PI

Cor: Parda

Telefone: ( ) -

Mae: MARIL DA CONCEICAO OLIVEIRA RIBEIRO Pai: VICENTE DE OLIVEIRA RIBEIRO

Clinica: ORTOPEDIA

Demanda: TRANSPORTE PESSOAL

Atendimento de URGENCIA

03010600118 ACOOLIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO DADA

História Clínica/Exame Físico:

Hora: \_\_\_\_\_

Internação

Exames Complementares:

Diagnóstico provável:

Prescrição médica:

Hx: Ruptura muscular ITCE | Tratamento de crise aguda exacer

CD: Osteoartrose cervical

CB: Fratura clavicular esquerda IM aguda

Exame clínico

Abaixo o paciente com lesão no braço direito

com dor em gato, sensação de dor intensa

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 20:59:36

Prioridade:

Vermelho - Emergência  Laranja - Muito Urgente  Amarelo - Urgente  Verde - Rouco Urgente  Azul - Não Urgente

Queixa/História: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE LIGOU 192 E REFERE TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO HOJE

Investprev Seguradora S/A

Alergias: Nenhuma

Medicação Usual: Nenhuma

PA: 0 mmHg

TAX: 0c

EP: 0 mmHg

SAT: 0%

17 JUL 2018

FC: 0 bpm

Glicemias: 0 mg/dl

EPG: 0 kg

ECG: 0

Obs:

Observações: Nenhuma

CNPJ: 42.366.302/0006-32

Condutor: AO CLÍNICO CARTÃO DE SANTA

418928 - RAÍLA CABRALHO FEITOSA DANTAS  
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

Hora:

Alta  Óbito  Evasão  Tra.

Assinatura:

JOSE CLEITON OLIVEIRA RIBEIRO  
Paciente ou Responsável

3102 - FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA  
COUTINHO  
Enfermeiro Responsável



PREFEITURA MUNICIPAL DE INHUMA - PIAUÍ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO  
**UNIDADE MISTA DE SAÚDE INHAZINHA NUNES**  
Rua Cel. Cícero Portela, 463 - Centro - Inhumas - PI  
CEP: 64.536-000 Fone: (89) 3477-1643



### FOLHA DE REFERÊNCIA E CONTRA REFERÊNCIA DO PACIENTE

#### REFERÊNCIA

SENHA: 2017 05 24 1958

Município: Inhumas nº do Prontuário da Unidade \_\_\_\_\_

Nome da Unidade: Inhaçinha Nunes

Nome do Paciente: José Octônio Oliveira Ribeiro

Endereço: \_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Documento de Identificação (CPF, RG, Cert. Nasc.): \_\_\_\_\_

Idade: 25 anos Profissão: \_\_\_\_\_

Sinais e Sintomas Clínicos: Inflamação das glândulas linfáticas

Conduta Adotada: Exames de exames

Motivo de Encaminhamento: Consulta para suspeita de leishmaniose

Recomendação especializada

#### PARA

Unidade de Saúde: Centro Município: Dicos

Solicitação de Serviços Diagnósticos: \_\_\_\_\_

Solicitação de Internação: \_\_\_\_\_

Data: 11/07/2017 Horas: \_\_\_\_\_

Assinatura

CRM

COREN

#### CONTRA REFERÊNCIA

Investprev Seguradora S/A

Unidade: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

17 JUL 2018

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Conclusivo: \_\_\_\_\_

Conduta Adotada: \_\_\_\_\_

CNPJ: 42.366.302/0006-32

Recomendações: \_\_\_\_\_

Data: 11/07/2018 Horas: \_\_\_\_\_

Nome: JOSÉ CLEITON OLIVEIRA RIBEIRO  
Data: 24/05/2017  
Convênio: PARTICULAR

Nº.: 49517

## EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRÂNIO

**TÉCNICA:** Foram realizados cortes axiais de 5 e 10 mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal

### RELATÓRIO:

- Parênquima encefálico com morfologia e coeficientes de atenuação normais.
- Ventrículos laterais, 3º e 4º ventrículos com formas/dimensões normais.
- Não há desvio da linha média.
- Sulcos e fissuras de aspecto normal em relação a idade.
- Cisternas basais sem alterações.
- Ausência de calcificações patológicas.
- Fratura longitudinal do osso temporal esquerdo.
- Hematoma subgaleal fronto parietal esquerdo.

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- 1- Fratura longitudinal do osso temporal esquerdo.
- 2- Hematoma subgaleal fronto parietal esquerdo.

(01 filme)

Obs.: Exame realizado em Tomógrafo Multislice que reduz pela metade o tempo de exposição à radiação ionizante.

PEDRO DE PAULA BOMFIM NETO  
CRM: 3255V

Praça Getúlio Vargas, 297 - Fone/Fax: (88) 3465-1201 - Valença do Piauí

Investprev Seguradora S/A

17 JUL 2017

CNPJ: 42.366.302/0006-32

Nome: JOSÉ CLEITON OLIVEIRA RIBEIRO

Requisitante:

Data: 12/06/2017

Nº: 49517

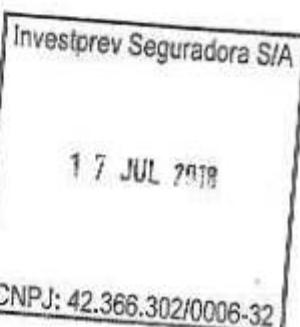
**EXAME: RX DA CLAVÍCULA ESQUERDA**

**RELATÓRIO**

- Textura óssea preservada.
- Fratura completa do terço médio / distal da clavícula.
- Demais estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.

PEDRO DE PAULA BOMFIM NETO  
CRM: 3255

Praça Getúlio Vargas, 297 - Fone/Fax: (89) 3465-1201 - Valença do Piauí



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180328564**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE CLEITON OLIVEIRA RIBEIRO**

Endereço do(a) Examinado(a): **LC BAIXA DO AGRESTE II n° SN - RURAL - INHUMA/PI**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3313639 - SSP**

Data e local do acidente: **24/05/2017 INHUMA/PI**

Data e local do exame: **01/08/2018 PICOS/PI**

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO  
FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA**

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR. NÃO OBSERVO SEQUELAS NEUROLÓGICAS. SEM USO DE MEDICAÇÕES.**

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

**PACIENTE DEAMBULA SEM DIFICULDADE, SEM AUXILIO. APRESENTA DÉFICITS DE MOVIMENTOS EM OMBRO ESQUERDO. DÉFICITS DE FLEXÃO (REALIZA 0-120), EXTENSÃO (REALIZA 0-30), ADDUÇÃO (REALIZA 0-40), ABDUÇÃO (REALIZA 0-120), ROTAÇÃO INTERNA (REALIZA 0-40) E ROTAÇÃO EXTERNA (REALIZA 0-20) DE OMBRO ESQUERDO.**

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

SIM       NÃO

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

SIM       NÃO

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

**DÉFICIT DE FUNÇÃO EM GRAU LEVE DE OMBRO ESQUERDO**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(\*)).

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **OMBRO ESQUERDO**

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

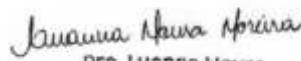
Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

**REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. - RAIO X CLAVÍCULA ESQUERDA: FRATURA COMPLETA DO TERÇO MÉDIO/DISTAL DA CLAVÍCULA.**

**Médico Perito: LUANNA MOURA MOREIRA CRM:4718/PI**

  
**Dra. Luanna Moura  
Médica  
CRM - 4718**

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM

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

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de Indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

*052.994.063-95*

Nome completo da vítima

*JOSÉ CLEITON OLIVEIRA RIBEIRO*

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo

*JOSÉ CLEITON OLIVEIRA RIBEIRO*

CPF titular da conta

*052.994.063-95*

Profissão

*TRABALHADOR RURAL*

Endereço

*LC. BAIXA DO AGRESTE II*

Número

*5112*

Complemento

*CASA*

Bairro

*ZONA RURAL*

Cidade

*INHAMAMO PI*

Estado

*PIAUÍ*

CEP

*64535-000*

Telefone (DDD)

*85 9922-2122*

Email

*SUDARIOSEGUROS@HOTMAIL.COM*

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

RECUSO INFORMAR

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

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

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (004)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

HNO

\_\_\_\_\_

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

*INHAMAMO PI-PE-09 de JULHO de 2018*

Lota, e Data

Investprev Seguradora S/A

*gpt*

*17 JUL 2018*

*José Cleiton Oliveira Ribeiro*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CNPJ: 42.366.302/0006-32



Investprev Seguradora S/A

17 JUL 2018

CNPJ: 42.366.302/0006-32



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
7ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE INHUMA  
Rua Duque de Caxias, 846, Centro, CEP 64535-000, Inhuma/PI.

7ª DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE INHUMA  
Investigação Seguradora S/A  
Delegacia de Polícia

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 341/2017

Município: INHUMA/PI.

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO.

### DADOS DO REGISTRO

DELEGACIA RESPONSÁVEL: Delegacia de Polícia Civil de Inhuma/PI. DATA E HORA: 29.05.2017, às 08h51min.  
NOTICIANTE: ERISVALDO DE SOUSA SILVA, abaixo qualificado, fone: 89-999-189051.

17 JUL 2018

### DADOS DO ACIDENTE

CNPJ: 42.366.302/0006-32

DATA E HORA: 24.05.2017, por volta das 12h00min.  
TIPO DE VIA: trânsito rápido ZONA: rural; LOCAL: Estrada PI 227, altura do povoado Catingueiro, próximo à casa de Lourdes, Inhuma/PI.  
CONDIÇÕES LOCAIS: Via pavimentada com asfalto, trecho de curvas, em declive, bom estado de conservação, VISIBILIDADE: boa.  
TEMPO: bom, PERÍODO: diurno, SINALIZAÇÃO: horizontal e vertical.

### DADOS DA(S) PESSOA(S) ENVOLVIDA(S)

PESSOA 01: Condutor.

NOME: ERISVALDO DE SOUSA SILVA, natural de Inhuma/PI, união estável, trab. rural, nascido no dia 01.09.1984, RG nº 2.442.655-  
SSP/PI, CPF nº 038.041.803-70, CNH: não possui, filho de Maria Elza de Sousa e Silva e de José Antônio da Silva, residente no povoado  
Catingueiro, S/N, Inhuma/PI.

PESSOA 02: Passageiro.

NOME: JOSÉ ANTÔNIO DA SILVA, natural de Inhuma/PI, casado, trab. rural, nascido no dia 29.12.1955, RG nº 288.297-SSP/PI, CPF nº  
386.974.593-20, CNH: não possui, filho de Arcanjo Firma de Jesus e de Antônio Manoel da Silva, residente no povoado Catingueiro, S/N,  
Inhuma/PI.

PESSOA 03: Condutor.

NOME: JOSÉ CLEITON OLIVEIRA RIBEIRO, natural de Valença do Piauí/PI, solteiro trab. rural, nascido no dia 18.06.1991, RG nº  
3.313.639-SSP/PI, CPF nº 052.994.063-98, CNH: 06837028145, filho de Maria da Conceição Oliveira Ribeiro e de Vicente de Oliveira  
Ribeiro, residência no povoado Baixa do Maranhão, S/N, Inhuma/PI.

### DADOS DO(S) VEÍCULO(S) (S)

VEÍCULO 01: Espécie/tipo: PAS/MOTOCICLE/NENHUMA, marca/modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS, placa: DYS-3696-Inhuma/PI, chassi:  
9C2KC08107R174191, cor predominante: PRETA, categoria: PARTICU., ano fab./mod.: 2007/2007, código RENAVAM: 00918732310,  
proprietário titular no CRLV: Maria Elza de Sousa e Silva, CPF nº 980.686.363-15.

VEÍCULO 01: Espécie/tipo: PAS/MOTONETA/NENHUMA, marca/modelo: YAMAHA/T115 CRYPTON K, placa: VOW-1538-Inhuma/PI,  
chassi: 9C6KE1560D0025881, cor predominante: BRANCA, categoria: PARTIC., ano fab./mod.: 2013/2013, código RENAVAM:  
00557865212, proprietário titular no CRLV: João Carlos Maroupo, CPF nº 510.201.733-00.

### TESTEMUNHA(S).

01 - A conhecida por LOURDES, casada, trab. rural, filha de Maria e de Amaro, residente no povoado Catingueiro, S/N, zona rural de  
Inhuma/PI.

### HISTÓRICO DO ACIDENTE.

Narra a noticiante (pessoa 01) que, no dia e horário do sinistro, conduzindo o veículo 01 se deslocava do povoado Cupins com destino a sua  
residência, levando como passageiro a pessoa 02, e no local acima citado, ao reduzir velocidade a fim de cessar a estrada vicinal que leva à  
sua casa, sofreu uma colisão traseira provocada pelo veículo 02 que era conduzido pela pessoa 03; que após o acidente, todas as pessoas  
envolvidas foram socorridos pela pessoa 01 e conduzidos num Corsa por seu irmão Erivan José da Silva para o hospital local, onde  
receberam atendimento prestado por uma enfermeira; que foram encaminhados para o hospital regional da cidade de Valença do Piauí,  
onde ele noticiante (pessoa 01) e a pessoa 02 receberam atendimento médico, pois ele noticiante (pessoa 01) sofreu lesões corporais: corte  
contuso no couro cabeludo, fratura no tornozelo esquerdo e escoriações; a pessoa 02 sofreu lesões corporais: corte contuso em couro  
cabeludo, fratura no tornozelo esquerdo, trauma no braço e na coxa esquerda; que no hospital de Valença, a pessoa 03 foi encaminhada  
para o hospital regional da cidade de Picos, onde recebeu atendimento médico, pois sofreu lesões corporais: na cabeça (fratura) e na  
clavícula esquerda (fratura), conforme documentação médico-hospitalar apresentada; que não usavam capacete no momento do acidente.

Noticiante: Erisvaldo de Sousa Silva

Responsável pelo Registro:

Abs: As informações contidas neste BO são de inteira responsabilidade do noticiante.

Francisco de Assis Lopes de Andrade  
Assessor de Polícia (AD-HOC)  
Mat: 040166-8



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
7ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE INHUMA  
Rua Duque de Caxias, 848, Centro, CEP 64535-000, Inhumas/PI.



### TERMO DE RETIFICACAO

Nesta data, a requerimento verbal de ERISVALDO DE SOUSA SILVA, natural de Inhumas/PI, união estável, trab. rural, RG nº 2.442.655-SSP/PI, CPF nº 038.041.803-70, residente no povoado Catingueiro, S/N, Inhumas/PI, retifico a placa "VOW-1538-Inhumas/PI" informada no Campo "Dado(s) do(s) Veículo(s) do Boletim de Ocorrência Nº 341/2017, datado de 29.05.2017, para a placa correta: **OVW-1538-Inhumas/PI**, conforme documentos do veículo (CRLV e bilhete de Seguro DPVAT), apresentados nesta delegacia por ocasião da lavratura do referido BO. Nada mais disse.

Inhumas/PI, 30 de Outubro de 2017.

Requerente: José Gleison Oliveira Ribeiro

*[Handwritten signature]*  
TOMAS DE ANDRADE DE JESUS  
FACUNDA DE POLÍCIA "7AD-HOC"  
MAT. 040166-8

Investprev Seguradora S/A

17 JUL 2019

CNPJ: 42.366.302/0006-32

# ATO DECLARATÓRIO



PREFEITURA MUNICIPAL DE INHUMA - PI  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO  
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE INHAZINHA NUNES  
Rua Cel. Cícero Portela, 463 - Centro - Inhuma - PI

## ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

NOME: José Cherten Oliveira Ribeiro CPF: 123.456.789-00  
FILIAÇÃO: MÃE: Maria da Conceição Oliveira Ribeiro  
DATA DE NASC. 18/06/1951 SEXO: MASC. ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
ENDERECO: Pou. Baixas

### EXAME CLÍNICO / DIAGNÓSTICO: (PLANTÃO SEM MÉDICO)

Paciente vítima de acidente motociclistico (SMC), do tipo colisão com moto desprotegida - é conciente, orientado, com cuts contusos no lábio superior + suspeita de fratura da clavícula e + cuts contusos no MTE (pé e) + múltiplas escoriações pelo corpo. Encaminhado para o Hospital Regional Butáquio Pontes (HRBP). Paciente apresentava com alteração.

PA: 120x90mmHg; Sat O<sub>2</sub> 99%; e FC: 88 bpm.

### PROCEDIMENTOS:

- Fórmiga + curativo compressivo (cúleo C, pé e L D).
- Encaminhado para o Hospital Regional Butáquio Pontes (HRBP) para avaliação médica.

DATA: 24/05/2019

*Maria das Graças de Oliveira  
Enfermeira  
COREN-PI N° 2798*

ASS. RESPONSÁVEL:

# ATO DECLARATÓRIO

Investprev Seguradora S/A

17 JUL 2019

CNPJ: 42.366.302/0006-32