

ProOrd 0800131-48.2019.8.18.0082
ANTONIO JOSE DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO

8241383 - CONTESTAÇÃO (2692992 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 07/02/2020 12:56:17

07 Feb 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 8241379 - CONTESTAÇÃO
 - 8241383 - CONTESTAÇÃO (2692992 CONTESTACAO 01)
 - 8241388 - Documentos (2692992 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 8241387 - Documentos (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
 - 8241384 - Documentos (GARTIA DE PREPOSTO)
 - 8241386 - Documentos (SUBSTABELECIMENTO)

12:56

29 Jan 2020

PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE

- 7799397 - Despacho

23:21

08 Jan 2020

downloadBinario.seam 1 / 11

2692992 - CJ/2020-00471/INVALIDZ

JOÃO BARBOSA
— ADVOGADO ASSOCIADO —

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE AROAZES/PI

Processo: 08001314820198180082

AUSÊNCIA DE COBERTURA
INCIDENTE DE PRESCRIÇÃO:
Data Limite do Ajuizamento: 30/09/2018
Data de Ajuizamento: 27/12/2019

PT 11:56 07/02/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE AROAZES/PI

Processo: 08001314820198180082

AUSÊNCIA DE COBERTURA
INCIDENTE DE PRESCRIÇÃO:
Data Limite do Ajuizamento: 30/09/2018
Data do Ajuizamento: 27/12/2019

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ANTONIO JOSE DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **10/05/2015**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 09/11/2015.

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

Cabe salientar o nexo causal entre o suposto acidente e a invalidez alegada tendo em vista que o boletim de atendimento médico não é capaz de comprovar que as lesões acometidas à autora tenham decorrido do sinistro alegado.

A pretensão espositiva na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

QUESTÃO PREJUDICIAL DE MÉRITO

DA PRESCRIÇÃO

A parte autora alega ter sofrido acidente de trânsito EM , ficando debilitada de forma permanente.

Em 16/04/2018, a parte autora deu entrada no pedido administrativo, **suspendendo** assim, o prazo prescricional que estava em curso, conforme previsão da súmula 229 do STJ.

Súmula 229 STJ: "O pedido do pagamento de indenização à Seguradora suspende o prazo de prescrição até que o segurado tenha ciência da decisão".

Em 06/09/2018, a Ré encaminhou carta de negativa / informando pagamento administrativo, e assim, após esta data, o prazo prescricional voltou a fluir, encerrando-se em 30/09/2018.

Ocorre que a presente ação foi ajuizada em 27/12/2019, ou seja, após o término do prazo prescricional.

Vejamos a jurisprudência:

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO. EXTINÇÃO DO PROCESSO COM RESOLUÇÃO DO MÉRITO. PRESCRIÇÃO ANUAL. ART. 487, II, NCPC. SÚMULAS 278, 229 E 101 DO STJ. RECURSO A QUE SE NEGA PROVIMENTO. DECISÃO UNÂNIME.- "O termo inicial do prazo prescricional, na ação de indenização, é a data em que o segurado teve ciência inequívoca da incapacidade laboral". Súmula 278, do STJ.- "O pedido do pagamento de indenização à seguradora suspende o prazo de prescrição até que o segurado tenha ciência da decisão". Súmula 229, do STJ.- Resta operada a prescrição quando a soma dos lapsos temporais referentes ao período anterior e posterior da suspensão excede o prazo de um ano previsto no art. 206, §1º, II, do Código Civil, e na Súmula 101, do STJ.- Precedente do STJ.- Apelação Cível a que se nega provimento, à unanimidade.

APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA DE COMPLEMENTO DO SEGURO DPVAT - PRAZO PRESCRICIONAL DO ART. 206, §3º, IX, DO CC - APLICAÇÃO DAS SÚMULAS 229 E 405, DO STJ - PRESCRIÇÃO DA PRETENSÃO AUTURAL - APELO DESPROVIDO - SENTENÇA PRESERVADA - UNANIMIDADE.

(Apelação 518612-50045444-83.2015.8.17.0001, Rel. José Carlos Patriota Malta, 6ª Câmara Cível, julgado em 18/12/2018, DJe 25/01/2019)

Desta forma, a presente ação deverá ser julgada improcedente.

DA CIÊNCIA INEQUÍVOCA – DISTORÇÃO DA APLICAÇÃO DA SÚMULA 278 DO STJ

Não assiste razão a parte Autora na tentativa de adequar seu caso à hipótese de afastamento da prescrição em razão da aplicação da súmula 278 do STJ, visto que, em situação diametralmente oposta do que é alegado, percebe-se pelos documentos dos autos que a vítima não submeteu-se a tratamento permanente e contínuo com vistas a recuperação da lesão acometida em virtude do acidente.

Corroborando com o alegado, somente são juntados na exordial documentos médicos da época em que o mesmo sofreu acidente, deixando de acostar laudos que comprovem que este ficou em tratamento contínuo até a suposta ciência inequívoca do caráter permanente da invalidez¹.

Imperioso ressaltar que o simples fato da parte Autora se submeter a uma nova perícia, não pode dar ensejo à renovação do prazo prescricional, sob pena de esvaziar o instituto da prescrição, tornando a ação de cobrança de seguro DPVAT, imprescritível, mormente por se tratar de um seguro cuja uma das coberturas é a invalidez **permanente**.

Forçoso assinalar que a simples alegação de que a “ciência inequívoca” se deu tanto tempo após o fato, abrirá precedentes para que, qualquer indivíduo ajuíze demandas no judiciário com sua pretensão prescrita, bastando apresentar um novo laudo do IML, alegando que sua ciência se deu nesta data.

Ademais, não é crível nem verossímil que, após ter sofrido um acidente que resultou graves lesões e sequelas permanentes, conforme alega o Requerente, após o decurso de tanto tempo é que tenha se dado conta do verdadeiro efeito das lesões sofridas e suas consequências.

Diante do exposto, e por tudo mais que dos autos consta, irremediável a não aplicação da súmula 278 do STJ, por ser razão da mais lúdima justiça!

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não

¹STJ, A.I nº 1.375.362 – MT, Relator Ministro Raul Araújo, julgamento 30/11/2011 “RECURSO DE APELAÇÃO - DECISÃO MONOCRÁTICA - RECONHECIMENTO DE PRESCRIÇÃO – SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) - SÚMULA Nº 405 DO STJ - PRAZO DE 03 (TRÊS) ANOS ART. 206, § 3º, IX, DO CC/2002 - SÚMULA Nº 297 DO STJ - INAPLICABILIDADE NO CASO CONCRETO -PRESCRIÇÃO OCORRIDA ANTES DO INÍCIO DE QUALQUER EXAME PERICIAL - IMPOSSIBILIDADE DA PRESCRIÇÃO FICAR DEPENDENTE DE AÇÃO POTESTATIVA DA VÍTIMA – VONTADE DE SE SUBMETTER OU NÃO AO EXAME – RECURSO CONHECIDO E PROVIDO.”

trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC².

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

²“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral³.

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima⁴.

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

³ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁴ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁵, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DA FALTA DE CARACTERIZAÇÃO DO DANO MORAL

No instituto da responsabilidade civil, a obrigação de indenizar está diretamente vinculada à comprovação real do dano, como regra mínima de convivência, o que não se verifica no caso em concreto.

Em que pese à parte autora alegar que faria ainda *jus* ao recebimento de indenização por danos morais, não há nos autos qualquer prova de que a parte autora ter sido acometida de abalo capaz de justificar a formulação do pedido de danos morais, o que dificulta até mesmo a formulação da defesa.

Nesse passo, à guisa de ilustração, faz-se remissão à lição do mestre CAIO MÁRIO DA SILVA PEREIRA, sobre o dano hipotético⁶.

Ainda que ilícito houvesse nem assim poderia a parte autora pretender indenizações, pela evidência de que suas consequências, no caso, não tiveram magnitude suficiente para caracterizar tecnicamente dano moral, conforme os precedentes pátrios⁷.

⁵“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁶“É claro, então, que se a ação se fundar em mero dano hipotético, não cabe reparação” (in *Responsabilidade Civil, Forense*, 5ª ed., página 42).

⁷“AÇÃO DE COBRANÇA CUMULADA COM INDENIZAÇÃO POR DANOS MORAIS. SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT. ACIDENTE DE TRÂNSITO. REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICO - HOSPITALARES. COMPLEMENTAÇÃO. DESPESAS EFETIVAMENTE COMPROVADAS. PAGAMENTO A MENOR. **DANOS MORAIS NÃO CONFIGURADOS.** SENTENÇA CONFIRMADA. RECURSOS IMPROVIDOS. Cuida-se de ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT cumulada com indenização por danos morais em face de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A, por conta de acidente automobilístico. (...) **Outrossim, não merece guarida o pedido autoral de reparação por danos extrapatrimoniais por conta do não pagamento integral do crédito. Isso porque, embora não se negue os aborrecimentos que a situação possa ter gerado, não logrou êxito o demandante comprovar que tenha sofrido qualquer ofensa à dignidade da pessoa humana, fato que ensejaria a indenização pretendida. Sentença confirmada por seus próprios fundamentos. Recurso improvido.**”

De fato, sentimentos como descontentamento, aborrecimento e inconformismo não podem ser confundidos com o dano moral.

Entendimento contrário ao aqui defendido implicaria inferir que, doravante, o vencido sempre terá de indenizar ao outro litigante um “dano moral” que o mesmo sofrera à conta do simples “transtorno” de haver utilizado a via judicial com vistas à satisfação do seu direito! Enfim, o dano moral seria uma consequência “direta” do inadimplemento da dívida e da propositura de uma ação judicial tencionando cobrá-la!

A Ré não praticou ofensa de qualquer gravidade e repercussão capaz de caracterizar o dano moral, que não basta ser alegado; precisa ser provado e comprovado.

Desta forma, a parte autora não faz jus a dano moral, conforme acima exposto.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁸.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁹

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ex Positis, requer seja extinto o feito com julgamento do mérito, com fulcro no art. 487, inciso II do Código de Processo Civil c/c 206, § 3º, inciso IX do Código Civil, por absolutamente prescrita.

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

(TJ-RS - Recurso Cível: 71004775029 RS, Relator: Carlos Francisco Gross, Data de Julgamento: 25/02/2014, Quarta Turma Recursal Cível, Data de Publicação: Diário da Justiça do dia 26/02/2014)

⁸“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁹**art. 1º. (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

AROAZES, 5 de fevereiro de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ANTONIO JOSE DA SILVA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **AROAZES**, nos autos do Processo nº 08001314820198180082.

Rio de Janeiro, 5 de fevereiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



CÓDIGO DE CONTROLE
REF: BFAA.8085.A9DE

A autenticação dos dados comprovante de voto
 será confirmada em Internet, no endereço:
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
 Secretaria da Receita Federal do Brasil
 às 10:37:13 do dia 13/03/2012 (hora e data de emissão)
 dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
024.166.073-40

Nome
ANTONIO JOSE DA SILVA

Nascimento
4/10/1965

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODOS OS TRIBUNOS NACIONAIS

NOME **ANTONIO JOSE DA SILVA** **DATA DE EMISSÃO** **10-03-03**

NOME **José Francisco da Silva**
MACLENE MARIA DA SILVA SOUSA

AR08295.P1 **11/03/2005**

Cert. Nas. nº 7.447.416-47-11v-A-13-28
exp. em Ar08295/P1, 9.03-01-98

Assinatura do Cartão
LEI Nº 7.116 DE 2005

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNADOR DO PIAUÍ
ANTONIO JOSÉ DA SILVA
GOVERNADOR DO PIAUÍ

ANTONIO JOSE DA SILVA

4/10/1965

024.166.073-40

CÓDIGO DE CONTROLE
FRFT.BFPA.S08S.ABDE

A autenticação desta comprovante deve ser confirmada no sistema no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante em uso pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

de 10.07.13 do dia 13/08/2012 (hora e data de emissão)

digito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE REGISTRAÇÃO

Número
024.168.073-40

Nome
ANTONIO JOSÉ DA SILVA

Nascente em
11/09/1985

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2-652.218 NASCIMENTO 10-03-03

ANTONIO JOSÉ DA SILVA

José Francisco da Silva

Lucilene Maria da Silva Sousa

Aroazes, PI 11.08.1985

Cert. Nas. nº 447-fls-47-liv-A-13-28

exp. em Aroazes/PI, a 07-01-98

Assinatura do titular

LENNY MARCELO

ANTONIO JOSÉ DA SILVA

COMPROVANTE DE REGISTRAÇÃO

024.168.073-40

ANTONIO JOSÉ DA SILVA

11/09/1985

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

02.09.2012 00:00:00 - 2012-08-13 12:00:00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 010444711101
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 150520624 B.A.T.R.C. EXERCÍCIO 2013

1994
1561
0000
3888
0965
1870
4228
7958
3110
0000
6610
NOME
DAMIAO BATISTA DE SOUSA
CPF/CNPJ
01893216365
PLACA
NIE-8166
CHASSI
9C2KD04309R009043

PAS/MOTO/CICLO/DETRAMA GASOLINA
MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/NXR150-BROS-KS 2009 2009

CAP/POT/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
002P/1490C PARTICU VERMELHA

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

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO 3-1

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
AROAUES 19/06/2013

DUT



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PI Nº 010444711101 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2013
PLACA NIE-8166
CPF / CNPJ 01893216365

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PI Nº 010444711101 EXERCÍCIO 2013 DATA EMISSÃO 19/06/2013

VIA 150520624 CPF / CNPJ 01893216365 PLACA NIE-8166

RENAVAM 150620624 MARCA / MODELO HONDA/NXR150-BROS-KS

ANO FAB. 2009 CALIBRE 00 Nº CHASSI 9C2KD04309R009043

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
000,00 000,00 000,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)
000,00 000,00 292,01

PAGAMENTO DATA DE COTAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 19/06/2013

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.609/0001-04

Damiano Batista de Sousa

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS 2 (06/02/2018 16:02 - 00000026533)

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 010444711101
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD. RENAVAM 150620624 RUTRO. EXERCÍCIO 2013

NOME DAMILAO BATISTA DE SOUSA

OFF / CNPJ 01893216365 PLACA NIE-8166

PLACA ANT / UF CHASSI 902KD04209009043

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL

PAS/MOTOCICLE/MINIUMA GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.

HONDA/HR150 BROS K3 2009 2009

CAP / POT / CL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE

002P/140CC PARTICUL VEZMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º 1º PVA

2º 2º PVA

3º 3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA

AROAUES 19/06/2013

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

PI Nº 010444711101 GILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2013

PLACA NIE-8166

OFF / CNPJ 01893216365

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PI Nº 010444711101 EXERCÍCIO 2013 DATA EMISSÃO 19/06/2013

VIA 1 OFF / CNPJ 01893216365 PLACA NIE-8166

RENAVAM 150620624 MARCA / MODELO HONDA/HR150 BROS K3

ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009

CAP. POT. CL. 002P/140CC CATEGORIA PARTICUL COR PREDOMINANTE VEZMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º 1º PVA

2º 2º PVA

3º 3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA

AROAUES 19/06/2013

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

Damilao Batista de Sousa

SEGURO DPVAT 2013 DATA 19/06/2013 16:02 - 000000020535

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0144050/18
Vítima: ANTONIO JOSE DA SILVA
CPF: 024.166.073-40

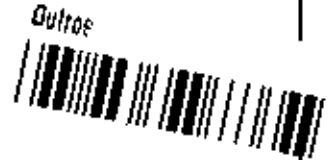
CPF de: Próprio

Data do Acidente: 10/05/2015
Titular do CPF: ANTONIO JOSE DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros



ANTONIO JOSE DA SILVA : 024.166.073-40

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/04/2018
Nome: ANTONIO JOSE DA SILVA
CPF/CNPJ: 024.166.073-40

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/04/2018
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

ANTONIO JOSE DA SILVA

Nathalia Beatriz Braga Costa

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA ANTONIO JOSE DA SILVA

DATA DO ACIDENTE 30.05.2015 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 024.166.073-40

☐ PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

☐ DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidiz do IML - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)
- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)
- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)

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

- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))
- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))
- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) ANTONIO JOSE DA SILVA

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador

E-mail immlider@oi.com.br

Data 09-04-2018 Assinatura Antonio Jose da Silva Tel: 081 9981 2610

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AL VALENCA - PI

Atendente FABIANO JOSE SOARES SILVA Matrícula 8527541-7

Data: 09-04-2018 Assinatura: [Assinatura]

Vinicius Campos da Silva

De: José Carlos
Enviado em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33
Para: Vinicius Campos da Silva
Cc: Sônia Faro
Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relatórios protocoladores medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir um desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 2º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20071-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial, seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora LIDER, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificá-lo imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential, its contents do not constitute a commitment by Seguradora LIDER, except where provided for in a written agreement between you and Seguradora LIDER. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes;
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18
Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>
Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,
Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.
Atenciosamente,

Arthur Froes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel: 55 21 3861-4286

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0144050/18
Vítima: ANTONIO JOSE DA SILVA
CPF: 024.166.073-40

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 10/05/2015
Titular do CPF: ANTONIO JOSE DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar
Outros

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/08/2018
Nome: ANTONIO JOSE DA SILVA
CPF: 024.166.073-40

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/08/2018
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

ANTONIO JOSE DA SILVA

Elen Tais Alves Pereira

Outros



Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO JOSE DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180184120**
Vítima: **ANTONIO JOSE DA SILVA**
Data do Acidente: **10/05/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**

ASSUNTO: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180184120**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusiva

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento deste correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT **0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 014770MTB - car 05 - INVALIDEZ



Canal 11 1303332



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ANTONIO JOSE DA SILVADATA DO ACIDENTE 10-05-2015 CPF DA VÍTIMA 024 466 073-40

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR PA VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COMA VÍTIMA É ANTONIO JOSE DA SILVAENDEREÇO DO PORTADOR FAZENDA SEBRA NEGRANº COMPLEMENTO BARRO ZONA RURALCIDADE AROA ZES UF PI CEP 64310-000E-MAIL imbelina026@gmail.com TELEFONE (88) 999 8126/10

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAIS) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE E, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTANSTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 13-08-2018IDENTIDADE 265 2218 559-95ASSINATURA Antonio José da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 13-08-2018 MATR. CORREIOSNOME Fabiano José Soares SilvaASSINATURA Agente de Correios - Alex Matr. 8.527.541-7

Vinicius Campos da Silva

De: Jose Carlos
Enviado em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33
Para: Vinicius Campos da Silva
Cc: Sonia Faro
Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Fróes
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18
Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>
Assunto: RES: Produção>13/03/2018

C,
Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
thur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180184120 **Cidade:** Aroazes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 10/05/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE DATADO DE 08/08/2018: "PACIENTE SEM QUEIXAS, REABILITADO". NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Fernanda C. G. Fonseca

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180184120 **Cidade:** Aroazes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 10/05/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE DATADO DE 08/08/2018: "PACIENTE SEM QUEIXAS, REABILITADO". NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO JOSE DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180184120**
Vitima: **ANTONIO JOSE DA SILVA**
Data do Acidente: **10/05/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180184120**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO JOSE DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180184120**

Vitima: **ANTONIO JOSE DA SILVA**

Data do Acidente: **10/05/2015**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180184120**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12716144



Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO JOSE DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180184120**

Vitima: **ANTONIO JOSE DA SILVA**

Data do Acidente: **10/05/2015**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180184120**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13005374



Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO JOSE DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180184120**

Vitima: **ANTONIO JOSE DA SILVA**

Data do Acidente: **10/05/2015**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180184120**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **10/05/2015**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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, ANTONIO JOSÉ DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 2.652.218EXPEDIDO POR SSP/PIEM 10/03/03 ECPF 024166073-46 / CNPJ 000000000-0000-00. PROFISSÃO LAURADO?

E RENDA MENSAL DE R\$ 200,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ANTONIO JOSÉ DA SILVA. 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.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0782 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013-5934-4

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

AROARES-PI, 09 de ABRIL de 2018

LOCAL E DATA

Antonio José da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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.dpvatségurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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, ANTONIO JOSE DA SILVA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2.652.218 EXPEDIDO POR SSP/PZ EM 10/03/03 E
 CPF 024366073-40 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO LAUNDOR
 E RENDA MENSAL DE R\$ 200,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ANTONIO JOSE DA SILVA, 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.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0982 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013-5934-4

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

AROARES-PI 09 de ABRIL de 2018
 LOCAL E DATA

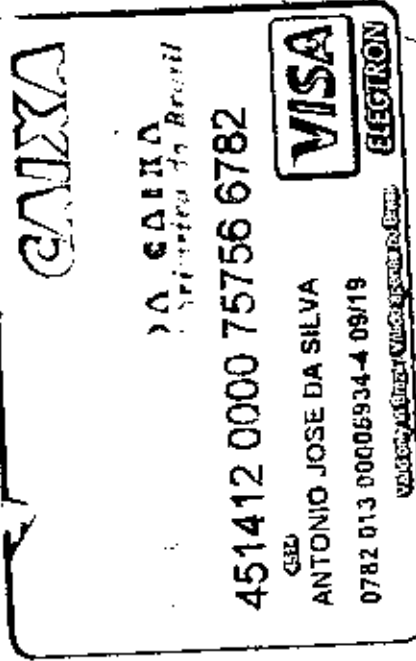
Antonio José da Silva
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



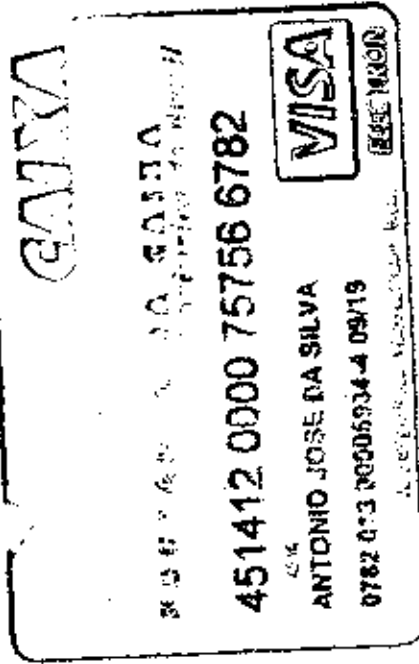
ATENÇÃO

- 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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



SEGURADORA LUBER REPORT 2 03/02/2016 16:03 - 000000026535



5159200000 - 00:91 818270/82 2 14-83 2001025



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 214770.000025/2015-80

Unidade Policial: DP DE AROAZES

Resp. pelo Registro: Carlos Henrique Alves Do Nascimento

Data/Hora: 09/11/2015 - 09:15

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE AROAZES

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

AROAZES

Endereço

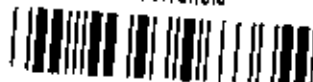
SERRA DA RAQUEL, Nº:

Complemento

Data/Hora

10/05/2015 - 15:30

Boletim de ocorrência



Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DESCIDA DA SERRA DA RAQUEL, AROAZES-P

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO JOSÉ DA SILVA

RG: 2652218 SSP PI

Mãe: LUCILENE MARIA DA SILVA SOUSA

Pai: JOSÉ FRANCISCO DA SILVA

Endereço: FAZENDA SERRA NEGRA, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: AROAZES

Telefone(s): 89-9992-2261 89-3468-1160

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Notificante



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.	Outros	2009	NIE8166	9C2KD4309R009043	150620624	Vermelha

Condutor: ANTONIO JOSÉ DA SILVA
End: FAZENDA SERRA NEGRA Número: Complemento:
Cidade: AROAZES UF: PI Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA NARRA QUE DIA 10/05/2015, POR VOLTA DAS 15:30 H, DESLOCAVA-SE DA FAZENDA SANTA FÉ PARA SUA RESIDÊNCIA NA FAZENDA SERRA NEGRA, MUNICÍPIO DE AROAZES-PI NA CONDUÇÃO DA MOTOCICLETA DESCRITA ACIMA, A QUAL É LICENCIADA EM NOME DE DAMIÃO BATISTA DE SOUSA, CPF 018.932.163-65; QUE, AO DESCER A LADEIRA DA SERRA DA RAQUEL, NUMA CURVA, AO ACIONAR O FREIO DIANTEIRO DE SUA MOTOCICLETA, DESEQUILIBROU-SE E CAIU, SOFRENDO FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DA PERNA ESQUERDA; QUE INICIALMENTE FOI SOCORRIDO POR POPULARES E, EM SEGUIDA, TRAZIDO POR UM CARRO DA SECRETARIA DE SAÚDE DE AROAZES-PI PARA O HOSPITAL REGIONAL DE VALENÇA-PI, DE ONDE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO PIAUÍ, ONDE FOI SUBMETIDO A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

Carlos Henrique Alves Do Nascimento - Mat. 1084747
AGENTE DE POLÍCIA

ANTONIO JOSÉ DA SILVA - Notificante
Responsável pela Informação



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

518 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 214770.000025/2015-80

MAYCON JESUS SILVA BRAGA

Delegado de Polícia



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
Certifico e dou fé, que a presente
Cópia confere com o original.
Valença, 09, 04, 15
Em testº [assinatura] da verdade
[assinatura]
Tabelão Pública

SEGURADORA LIDER IMPRINT 2 08/02/2016 16:03 - 0000002542



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 214770.000025/2015-80

Unidade Policial: DP DE AROAZES

Resp. pelo Registro: Carlos Henrique Alves Do Nascimento

Data/Hora: 09/11/2015 - 09:15

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE AROAZES

10/05/2015 - 15:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

AROAZES

Endereço

SERRA DA RAQUEL, Nº:

Complemento

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DESCIDA DA SERRA DA RAQUEL, AROAZES-P

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO JOSÉ DA SILVA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 2652218 SSP PI

Mãe: LUCILENE MARIA DA SILVA SOUSA

Pai: JOSÉ FRANCISCO DA SILVA

Endereço: FAZENDA SERRA NEGRA, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: AROAZES

Telefone(s): 89-9992-2261 89-3468-1160

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.	Outros	2009	NIE8166	9C2KD4309R009043	150620624	Vermelha

Condutor: ANTONIO JOSÉ DA SILVA
End: FAZENDA SERRA NEGRA Número: Complemento:
Cidade: AROAZES UF: PI Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA NARRA QUE DIA 10/05/2015, POR VOLTA DAS 15:30 H, DESLOCAVA-SE DA FAZENDA SANTA FÉ PARA SUA RESIDÊNCIA NA FAZENDA SERRA NEGRA, MUNICÍPIO DE AROAZES-PI NA CONDUÇÃO DA MOTOCICLETA DESCRITA ACIMA, A QUAL É LICENCIADA EM NOME DE DAMIÃO BATISTA DE SOUSA, CPF 018.932.163-65; QUE, AO DESCER A LADEIRA DA SERRA DA RAQUEL, NUMA CURVA, AO ACIONAR O FREIO DIANTEIRO DE SUA MOTOCICLETA, DESEQUILIBROU-SE E CAIU, SOFRENDO FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DA PERNA ESQUERDA; QUE INICIALMENTE FOI SOCORRIDO POR POPULARES E, EM SEGUIDA, TRAZIDO POR UM CARRO DA SECRETARIA DE SAÚDE DE AROAZES-PI PARA O HOSPITAL REGIONAL DE VALENÇA-PI, DE ONDE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO PIAUÍ, ONDE FOI SUBMETIDO A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

Carlos Henrique Alves Do Nascimento - Mat. 1084747
AGENTE DE POLÍCIA

ANTONIO JOSE DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 214770.000025/2015-80

MAYCON JESUS SILVA BRAGA
Delegado de Polícia

SEGURANÇA LIDER DPVAT 2 03/02/2018 16:03 - 00000026542



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

ANTÔNIO JOSÉ DA SILVA

CPF da Vítima

024.366.073-40

Data do Acidente

10/05/2015

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ANANZES-PI, 09 de ABRIL de 2018

Local e Data

Antônio José da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

ANTONIO JOSÉ DA SILVA

CPF da Vítima

024166073-40

Data do Acidente

10/05/2015

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

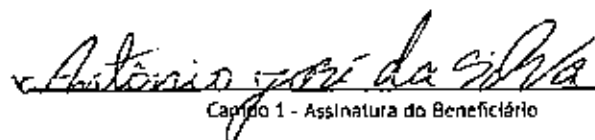
- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

AROAZES-PI 09 de ABRIL de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, ANTONIO JOSE DA SILVA

RG nº 2652 218, data de expedição 10/03/03, Órgão SSP/P2.

CPF nº 024.166073-40, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>FAZENDA SERRA NEGRA</u>
Número	<u>S/Nº</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>ANOAZES -</u>
Estado	<u>PIAUÍ</u>
CEP	<u>64310-000</u>
Telefone de Contato	<u>(89) 99981-2610/99925-3262</u>
E-mail	<u>rnalima9026@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: ANOAZES-PI, 09/04/2018

Assinatura do Declarante: Antonio Jose da Silva

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANTONIO JOSE DA SILVA

RG nº 2652218, data de expedição 10/03/03, Órgão SSP/PE

CPF nº 024466073-40, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>FAZENDA SERENA NEGRA</u>
Número	<u>51 Nº</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>AROARES -</u>
Estado	<u>PIAUÍ</u>
CEP	<u>64310-000</u>
Telefone de Contato	<u>(89) 99983-2610 / 99925-3262</u>
E-mail	<u>maalima9026@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: AROARES-PI, 09/04/2018

Assinatura do Declarante: Antonio Jose da Silva

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI**

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 3859692

MARIA DONA DA SILVA

FZ SERRA NEGRA, S/N ,

B-RURAL

64310000 AROAZES

PI

CÓDIGO ÚNICO 7447191	MÊS 03/2018	PERÍODO DE CONSUMO 27/02/2018 a 28/03/2018
CONSUMO (kWh) 146	VENCIMENTO 05/04/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 92,30

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

recorte aqui

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI**

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO 7447191	MÊS 03/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 92,30
--------------------------------	-----------------------	-----------------------------------

836200000005.923000170004.000000007443.719103180050



**Eletrobras**

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 3859692

MARIA DONA DA SILVA

FZ SERRA NEGRA, S/N ,

B-RURAL

64310000 AROAZES

PI

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
7447191	03/2018	27/02/2018 a 28/03/2018
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
146	05/04/2018	R\$ 92,30

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

recorte aqui

**Eletrobras**

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
7447191	03/2018	R\$ 92,30

836200000005.923000170004.000000007443.719103180050



CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO
 Certifico e dou fé, que a presente
 Cópia confere com o original.
 Valença, 09/04/16
 Em testº da verdade
 Tabella Pública



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Declaração do proprietário do veículo



Eu, **DAMIÃO BATISTA DE SOUSA**, RG Nº**5000593-6**, data de expedição: 26/01/2004, órgão: SSP/PI, portador do CPF Nº 018.932.163-65, com domicílio na cidade de Aroazes, no Estado do Piauí, onde resido na Fazenda Serra Negra, s/nº, declaro sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima: **ANTÔNIO JOSÉ DA SILVA**.

Veículo : **PAS/MOTOCICLE**

Ano: **2009**

Modelo: **HONDA/ NXR150 BROS KS/2009**

Placa: **NIE-8166**

Chassi: **9C2KD04309R009043**

Data do Acidente: **10/05/2015**

Luis Paulo de Almeida
 Escrevente Autorizado
 RG/SP: 40.204.064-8
 CPF: 316.963.978-1

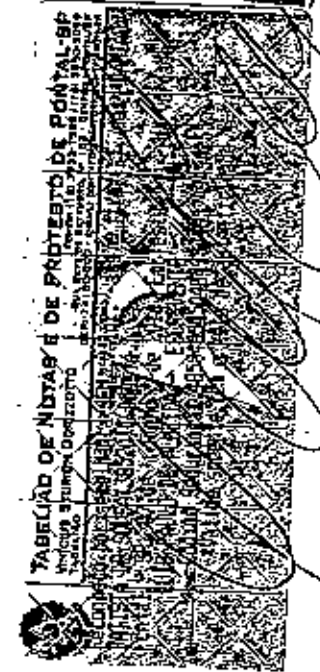
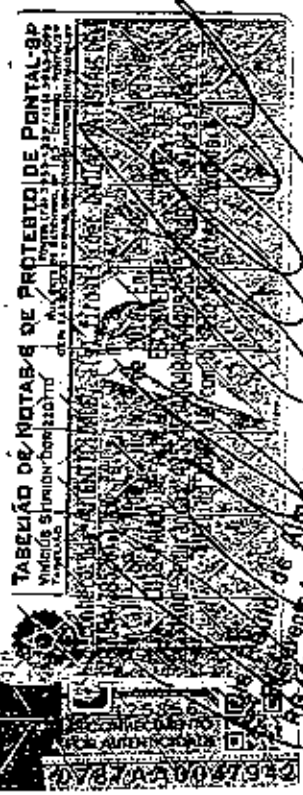
Aroazes-PI, 30 de Maio de 2016.



Damião Batista de Sousa

DAMIÃO BATISTA DE SOUSA

CPF: 018.932.163-65



SEGURODOR LIDER DPVAT 2 08/02/2018 16:02 - 000000026532

SEGLER, JIM DER DUAT 2 08/02/2018 16:02 - 00000026537

Luis Paulo de Almeida
Escritor Autorizado
RG/SP: 40.204.086
CPF: 316.965.591

TABELIONATO
PONTAL - SP

TABELA DE NOTAS E DE PROTEÇÃO DE PONTA-S
 PONTA-S: 140-150 = 1,500
 120-130 = 1,000
 100-110 = 0,500
 80-90 = 0,250
 60-70 = 0,125
 40-50 = 0,0625
 20-30 = 0,03125
 10-20 = 0,015625
 0-10 = 0,0078125

TABELAÇÃO DE NOTAS E DE PROTESTO DE PONTAL-SP
 Rua RIBEIRO DE SALES, 133 - JARDIM JOSEFINO
 CEP 13.100-000 - PONTAL, SP
 Fone: (13) 3333-3333

RECONOCIMIENTO
POR AUTENTICIDAD



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



SECRETARIA LIDER DEPART 2 03/02/2016 16:03 - 000000026543

Compare com o(a) original que
 foi apresentado(a) e dou fé.
 Em, 15/10/15

Sector do Arquivo Técnico do HPMP

HPMP 105170131-2 / Mat. 14495-9
 Cód. do Sector do Arquivo Técnico

NOME DO PACIENTE:

Antônio José da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

37906/15

Obs: Não fornecemos 2ª via.

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."



HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMP
 Av. Higinio Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI
 CEP 64.014-220
 Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

Saúde
 Secretaria de Estado



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO
AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

União de São Paulo
Rua da Bahia, 100
São Paulo, SP, 01000-000
Tel: (011) 3063-1000
Fax: (011) 3063-1001

5. NOME DO PACIENTE	
6. N° PRONTUÁRIO	7. CARTÃO NACK
10.1 NOME DA MÃE	
12.1 ENDEREÇO	
ENDEREÇO LOCAL	
11. TELEFONE DE CONTATO	13. MUNICÍPIO

P. 112 005/900 CNS: 200513868300005
 NOME: JOSE DA SILVA
 CPF: 00000000000 Matr: 1
 Dt. Adm: 11/05/2012 Hr: 21:04
 Medico: 1
 Dt. Nas: 11/09/1985 Fmr: 5
 Ident.: 22652218SS. ENTERRA 207-2 No: 2 LI
 Enderec: FAZENDA SERRA NEGRA
 Bairro: ZONA RURAL ARACOS 64031000
 Nae: LUCILENE FARCIA DA SILVA SOUSA
 Fone.: 9989 5875/98 Userio.: AOA

ENTGS: RG ☐ CPF ☐

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

COMPLEMENTO

f

PLEMENTO LOCAL

UF	16. CEP
S	

17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Trombina com perna (S) com dor, e dor
impotência funcional

2. Aufgabenstellung

16. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

A 4000

10. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

Rx prima (E) / April 1991

[Handwritten signature]

20. DIAGNÓSTICO INICIAL Enfermeira	21. CID 10 PRINCIPAL S82.2	22. CID 10 SECUNDÁRIO	23. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---------------------------------------	-------------------------------	-----------------------	------------------------------

PROCEDIMIENTO SOLICITADO

24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Tratamento ortognático</i>			25. COD. DO PROCEDIMENTO <i>040805000</i>
26. LETICLÍNICA <i>ORTOPEDIA</i>	27. CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>URGÊNCIA</i>	28. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Dr. Raphael Berra</i>	30. CNSIST <i>551 74653-20</i>
29. DT SOLICITAÇÃO <i>11/05/15</i>			31. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32. () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33. CNPJ DA SEGURADORA	34. Nº DO BILHETE	35. SÉRIE
36. () ACID TRABALHO TÍPICO	39. CNPJ EMPRESA	39. CNAE EMPRESA	40. CBOR
37. () ACID TRABALHO TRAJETO			
41. CID 10 PRINCIPAL	DESCRIÇÃO DA NATUREZA DA LESÃO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL		
42. CID 10 SECUNDÁRIO	43. () LEVE	44. () GRAVE	45. () GRAVISSIMA

AUTORIZAÇÃO

46. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <i>Assessor de Administração</i> 47. DT. AUT. _____ 48. CNS/CPF _____ <i>F</i>	JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO
49. NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE DE AVALIAÇÃO / AUDITORIA 50. DT. AUT. _____ 51. CNS/CPF _____ 52. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO)	_____



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPM



FOLHA DE INTERNAÇÃO

FICHA DE BOBONTUÁRIO

INTERNOU-SE N/HOSPITAL

SIM ☐ NÃO ☐

IDEM NOUTROS HOSPITAIS

SIM ☐ NÃO ☐

CLÍNICA

Médico Assistente

Permanência

CLÍNICA

Nº

Gr

Ci

Re

Pa

Mo

Se

Pront.: 0037900 CMS: 200513868300005
ANTONIO JOSE DA SILVA
Cv: SUS
Dt. Adm: 11/05/2015 Hrs: 21:04
Medico: -
Dt. Nasc: 11/09/1985 Perna: 5
Ident.: 2265221885 ENFERMARIA 207-2 NO
Enderec: FAZENDA SERRA NEGRA
Bairro: ZONA RURAL ARIQUES 64031000 PI
Mãe: LUCILENE MARIA DA SILVA SOUSA
Fon: 9930 3875/98 Usuari: 403

W de Dependência

2 NAMPS outros

1º

Bairro

Naturalidade

Naturalidade

C.P.

Residência (Rua, Av, Etc.)

Nº

Bairro

Histórico Clínico Registro as Palavras do Doente e Todos os Achados de Exam. a Que Foi Submetido

Do + Exame + Do
Trauma em punha com lesões
impetiginosa purulenta

DIAGNÓSTICO

Provisório

Fratura tibia

Principal

Procedimento

Fixação cirúrgica tibia

Sintomas e Sinais Principais

Do, edema, impetiginosa purulenta em punha

Causa Médica

Histó - Patológico

TRATAMENTO

Tipo

Terapêuticas Médicas

Operação

Eficácia

☐ Nenhuma

☐ Médico

☐ Cirurgia

☐ Médico Cirúrgico

Ante a natureza
tibia

Principal

Acessório

☐ Eficaz

☐ Ineficaz

☐ Prejudicial

☐ Não Avaliada

DURAÇÃO

Data de Internação

Hora

Data de alta

Hora

Data de Hospitalização

11/05/15

14/05/15

ALTA

SAÍDA

Transferência

Óbito

☐ Curado

☐ Melhorado

☐ Inalterado

☐ A pedido

☐ Internação pr Diagnóstico

☐ Divisão Médica

☐ Per Indisciplina

☐ Evolução

☐ P. Ambulatório

☐ P. Diagnóstico

☐ Fisiologia

☐ Patologia

☐ Outros

☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico.

☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico.

☐ Ocorrido após 48 horas de internação.



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 13/05/15
Nº DO PRONTUÁRIO 35900 SALA 00
CÓD DA CIRURGIA: 0100050500

Descrição da Cirurgia:

Paciente em leito 4to andar sala anestesia-
engenerma NIE/ Anestesia anti-repê/ Anest.
interna lateral a tibia ①/ Incisão por plano
transversal para fratura tibia ①/ Redução
cirúrgica / Fixação fratura tibia ① com
placa e parafusos / Drenagem de incisão por
①/ Sutura por plano / Curativo aderido
na ①/ Liberação de engenerma NIE.

Assinatura do Cirurgião
Nome: JOSÉ ROBERTO A. SILVA
Cargo: Chefe de Serviço de Anestesia

Cirurgia: Tto cirúrgico fratura tibia ①

Cirurgião: Dr. Raphael Barreto

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Circulante:

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 13/05/2015
Nº DE PONTUAÇÃO: 3300
CDD DA CIRURGIA: 06

NOME: Antonio Jose da Silva
PROCEDIMENTO: Ovarioscopia
CIRURGIÃO: Dr. Nelson
DISTR.: Vitoria
P.A.: 15.20 16.20 16.40
Idade: 58 Anos
ASA: 1
Anest. e Labor.: Anest. Nelson
Anestesia: Raqui
SALA: 06

ANESTESIA	OXIGÊNIO	SEQUÊNCIA
1		
2		

MONITORIAÇÃO	ECG (%)	ECG (mmHg)
1	94%	94%
2		
3		
4		
5		
6		

DIURESE (ml)	DIURESE
1	
2	
3	
4	
5	
6	

Técnicas Anestésicas: Raqui-anestesia, PUM L4/L5
Comentários Adicionais: Anest. L.C. e Anest. 259

Adrenalina _____ Amp	Dolantina _____ Amp	Midazolam _____ Fi	Propofol _____ ml _____ Amp
Agua dest. 10ml _____ Amp	Droperidol _____ Amp	Metronidazol _____ Fi	Ranitidina _____ Amp
Atropina _____ Amp	Etorix _____ Amp	Nasocina 0.5% _____ Amp	Quelidina _____ Amp
Bextra _____ Amp	Eufedrin _____ Amp	Narcan _____ Amp	Quetamina _____ ml
Bromoprida _____ Amp	Fenflurina _____ ml	Nervadol 0.5% _____ Fi	Ranitidina _____ Fi
Calciofina 1g _____ Fi	Fentanil _____ mg	Nitrazin _____ Amp	Ringer lactato _____ Fi
Calciofina _____ Fi	Fentanil (SIC) _____ Amp	Nitrazin 0.5% Fi _____ Fi	S. Stisolol 0.5% _____ ml _____ Fi
Ciprofloxacina _____ Fi	Holotano _____ ml	Nitrazin 0.5% Fi _____ Amp	S. Glucofina 0.5% _____ ml _____ Fi
Clonidin _____ Amp	Hidrocortisona _____ mg	Nitrazin 0.5% Fi _____ Amp	Scalp m _____ Und
Coloid () _____ Fi	Isoflurano _____ mg	Nitrazin 0.5% Fi _____ Amp	Tracur _____ Amp
Dexametazona _____ Amp	Jelco m _____ Und	Ondazepamol _____ Fi	Tramadol _____ Fi
Diazepam _____ Amp	Lidocaina 1% _____ Fi	Ondazepamol _____ Amp	Tramadol _____ Fi
Dimorf _____ mg _____ Amp	Metachloranida _____ Amp	Poban Col _____ Fi	Tramadol _____ Fi
Opiuna _____ Amp	Morbidol _____ Fi	Precipitado _____ Amp	Tramadol _____ Fi
		Precipitado _____ Fi	

Dr. Nelson Ribeiro Soares
Médico Anestesiologista
CRM-PI 1696 CRM-MA 3749

FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Antônio José da Silva
IDADE: 29 anos ESTADO CIVIL: casado
ENDEREÇO: Serra Negra, Aracaju Píssi
CIDADE DE ORIGEM: Aracaju PI
RESPONSÁVEL: _____

II - ENCAMINHAMENTO

CONDIÇÕES DO PACIENTE:

Exatidão da Tórax e Pericardio
da Pericardio

DIAGNÓSTICO

Exatidão da Tórax e Pericardio
da Pericardio

EXAMES REALIZADOS

Exame físico
Rx da Pericardio

TRATAMENTO REALIZADO

Poliquinona

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Não tem mais profissionais
para realizar o exame
Aracaju PI

DATA: 10/05/15

Dr. Daniel Ferreira de Menezes Santos
Clínica Médica / Radiologia
CRM 47205 / R. 15/05/2015

ASSINATURA DO MÉDICO

SECRETARIA LIDER DEPARTAMENTO 2 08/02/2018 16:04 - 00000026548



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Nº. ORDEM: 235

NOME: ANTÔNIO JOSÉ DA SILVA

MÉDICO SOLICITANTE: Leandro Ponce Leal

DATA: 12/05/2015

CONVÊNIO: INTERNO / 207 - 02

RADIOGRAFIA DA PERNA ESQUERDA EM DUAS INCIDÊNCIAS

Fraturas completas, desalinhadas, localizadas nas diáfises distais da tíbia e fíbula.

Aumento das partes moles da perna.

SEKUNDÄRE LIJER PROFIT 2 08/02/2018 16:04 - 00000026543

ESP/105153153-2 / 11.01.1983
Chefe de Seção de Arquivo

ORA. LIEGE RIBEIRO SOARES DE
SAMPAIO
RADIOLOGISTA - CRM 4173 PJ

Av. Ministro Goulart, 1842 - Juncos - Teresopolis
CEP 84014-220 - CNPJ 07.444.154/0002-27

Telephone: (86) 3227-6265
Fax: (86) 3216-1520



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



NOME: **ANTÔNIO JOSÉ DA SILVA**
 MÉDICO: **Dr. Raphael Bona**
 CONVÊNIO: **SUS INTERNO ENF: 207/02**

IDADE: **29 ANOS**

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LABTEST

ERITROGRAMA

VALORES ENCONTRADOS

VALORES DE REFERÊNCIA:

Hemácias em milhões/mm³
 Hemoglobina em g/dl
 Hematócrito em %

4,90
14,0
45,0

HOMEM	MULHER
4,5 - 5,5	3,9 - 5,8
13,5 - 18,0	11,5 - 16,4
40,0 - 54,0	36,0 - 47,0

OBSERVAÇÕES:

Hemácias normocíticas e normocrômicas

LEUCOGRAMA

VALOR ENCONTRADO

REFERENCIAL

Leucócitos por mm³

5.100

4.000 10.000

	%	REFERENCIAL		ABSOLUTO	REFERENCIAL	
Bastões	2	3	5	102	120	500
Segmentados	55	50	66	2.805	2000	6500
Eosinófilos	2	2	4	102	80	400
Basófilos	0	0	1	0	0	100
Linfócitos	40	20	30	2.040	200	3000
Monócitos	1	4	6	51	150	500
Metamielócitos	0	0	1	0	0	100
Mielócitos	0	0	0	0	0	0

OBSERVAÇÕES:

Assinatura do Médico
 RPPR 106100102-2 / 15.05.2015
 Chefia de Seção do Laboratório

PLAQUETAS

296.000/mm³ 400.000/mm³ 600.000/mm³

Obs: Plaquetas contadas eletronicamente por impedância elétrica.

OBSERVAÇÕES:

Plaquetas Morfológicamente normais e bem distribuídas

TERESINA, 13 DE MAIO DE 2015

FRANCISCO DAS CHAGAS M. *Assinatura*
 CAP. OPM - FARMAC. BIOCQUÍMICO
 CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA
 BIOCQUÍMICO
 CRF - PI 292

NARCISO LEAL SILVA
 Farmacêutico-Bioquímico
 CRF-PI 0995

"HUMANIZANDO E CUIDANDO BEM DA SUA SAÚDE"

Av. Higino Cunha 1642 - Ilhotas - Fone (86) 3216-1256 Fax (86) 3216-1520
 CEP. 64.014-090 - Teresina-PI - C.N.P.J. 07.444.159/0002-25 - C.M.C. 035.372-8

SEGURADORA LIDER OPORT 2 08/02/2018 16:04 - 000000026-1301



POLICIA MILITAR DO PIAUI
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



NOME: **ANTONIO JOSE DA SILVA**

IDADE: **29 ANOS**

MEDICO: **Dr. Raphael Bona**

CONVENIO: **SUS INTERNO ENF. 2077/02**

COAGULOGRAMA

RESULTADO

TEMPO DE SANGRAMENTO:	02 min. 00 seg.	REFERENCIAL: Até 3 minutos
TEMPO DE COAGULAÇÃO:	06 min. 00 seg.	De 5 min. Até 10 min.
PROVA DO LAÇO:	NEGATIVO	Negativa
RETRAÇÃO DO COÁGULO:	TOTAL	Normal

SERVIÇOS LIDER DPMPI 2 08/02/2018 16:04 - 000000026 SP

OBSERVAÇÃO:

GLICOSE: **96 mg/dl** 70 - 99 mg/dl

[Handwritten signature]
 TERESINA, 13 DE MAIO DE 2015

TERESINA, 13 DE MAIO DE 2015

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
 CAP. QOPMS - FARMAC. BIOQUIMICO
 CRF-PI 1245

RAULINO E. FERREIRA
 BIOQUIMICO
 CRF-PI 291

HAROLD LEAL SILVA
 Farmacêutico-Bioquímico
 CRF-PI 0985

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Av. Higino Cunha 1642 - Fone (86) 3216-1240 - Fax (86) 3216-1245
 CEP: 64014-090 - Teresina-PI. CNPJ: 07.444.159/0002-25 - CMC: 035.372-8



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



SEGURADORA LIDER DPPIPT 2 03/02/2018 16:03 - 000000026543

Compare com o(a) original que
apresentado(a) e dou fé.

Em 15/10/15

[Signature]
Diretor do Arquivo Técnico do HPMPPI

[Signature]
FAL - 15/10/2015
HPMPPI - 15/10/2015
Gestão Setor de Arquivo Técnico

NOME DO PACIENTE:

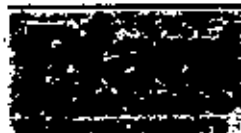
Autson José da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

37906/15

Obs: Não fornecemos 2ª via.

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."



HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMPPI
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhéus - Teresina-PI
CEP 64.014-220
Fones: (86) 3216-1520/3216-1528

Saúde
Secretaria de Estado



SE Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AHH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO
AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE	3451
2. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE DA POLÍCIA MILITAR	2323451

5. NOME DO PACIENTE PAULO JOSÉ DA SILVA	6. Nº PRONTUÁRIO	7. CARTÃO NACK
10.1 NOME DA MÃE	12.1 ENDEREÇO	ENDEREÇO LOCAL
11. TELEFONE DE CONTATO	13. MUNICÍPIO	14. CEP

15. CID 10 PRINCIPAL: **582.2**
16. CID 10 SECUNDÁRIO: **582.2**
17. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: **582.2**

17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Fratura com perda de função

18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Fratura com perda de função

19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Rx perna @ Ap/Pr/Pl

20. DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura de perna	21. CID 10 PRINCIPAL 582.2	22. CID 10 SECUNDÁRIO 582.2	23. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS 582.2
--	--------------------------------------	---------------------------------------	--

24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tratamento cirúrgico	25. CUSTO DO PROCEDIMENTO 40.805,00
---	---

26. LETICIAÇÃO OK	27. CARÁTER DA INTERNAÇÃO URGÊNCIA	28. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dr. Raphael Costa	29. CNIS/CPF 551.712.53-10
-----------------------------	--	--	--------------------------------------

30. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO)

31. PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)
--

32. () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33. CNP DA SEGURADORA	34. Nº DO BILHETE	35. SÉRIE
36. () ACID TRABALHO TÍPICO	37. CNP EMPRESA	38. CNAE EMPRESA	39. CBO
40. () ACID TRABALHO TRAJETO	41. CID 10 PRINCIPAL	42. CID 10 SECUNDÁRIO	43. () LEVE
44. () GRAVE	45. () GRAVÍSSIMA	46. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47. DT. AUT.
48. CNIS/CPF	49. NOME DO PROFISSIONAL / PARÊCER CONTROLE DE AVALIAÇÃO / AUDITORIA	50. DT. AUT.	51. CNIS/CPF
52. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO)			



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPM



FOLHA DE INTERNAÇÃO

FICHA DE ADMISSÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL

SIM ☐ NÃO ☐

IDEM NOUTROS HOSPITAIS

SIM ☐ NÃO ☐

CLÍNICA

Médico Assistente

Permanência

CLÍNICA

Pront.: 0037900 CNS: 200513868300005
ANTONIO JOSE DA SILVA
Cvx SUS
Dt. Adm: 11/05/2015 Hrs: 21:04
Médicos:
Dt. Nasc: 11/09/1985 Perim: 5
Ident.: 228521855 ENFERMIA 207-2 H:
Enderec: FARMACIA SERRA NEVA
Bairro: ZONA RURAL ARCOVERDE 64031000-PI
Mãe: LUCILENE MARIA DA SILVA SOUSA
Fone...: 9908 3875/90 Uauerio: 004

Idade Dependência

EXAMES OUTROS

Nº

Grupo

Naturalidade

Naturalidade

C.P.

Nº

Grupo

Residência (Rua, Av, Etc.)

Histórico Clínico Registro as Palavras do Doente e Todos os Achados da Exam. a Que Foi Submetido

Do + Exame + Do

*Trauma em punho com lesões
importante funcional*

*Exame de punho com lesões
importante funcional*

DIAGNÓSTICO

Provisório

Fratura de punho

Principal

Procedimento

Tratamento cirúrgico de punho

Sintomas e Sinais Principais

Do, edema, importante funcional em punho

Exame Médico

Histó - Patológico

TRATAMENTO

Tipo

Terapêutica Médica

Operação

Eficácia

- ☐ Nenhuma
- ☐ Médico
- ☐ Cirurgia
- ☐ Médico Cirúrgico

*Ortopédica
cirúrgica*

Principal
Acessório

- ☐ Eficácia
- ☐ Ineficaz
- ☐ Prejudicial
- ☐ Não Avaliada

DURAÇÃO

Data da Internação

Hora

Data da Alta

Hora

Data de Hospitalização

11/05/15

14/05/15

ALTA

SAÍDA

Transferência

Óbito

- ☐ Curado
- ☐ Melhorado
- ☐ Inalterado
- ☐ A pedido
- ☐ Internação p/ Diagnóstico
- ☐ Direção Médica
- ☐ Por Indisciplina
- ☐ Evasão
- ☐ P. Ambulatório

- ☐ Fisiologia
- ☐ Psiquiatria
- ☐ Outros

- ☐ Ocorrida nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico.
- ☐ Ocorrida nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico.
- ☐ Ocorrida após 48 horas de internação.



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 13, 05, 15
Nº DO PRONTUÁRIO 35900 SALA 00
CÓD DA CIRURGIA: 04080500

Descrição da Cirurgia:

Paciente com lesão de nível da articulação
inferior da articulação do ombro + antebraço. Acesso
interno lateral a tibia. 1) Incisão por plano
transversal para de fratura tibia. 2) Redução
cirúrgica / Fixação fratura tibia com
placa e parafusos / Drenagem de incisão por
1) Sutura por plano / Curativo cirúrgico
na 1) / Cuidados de enfermagem de 1.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
RUA 10515879-1 / TEL. 14455-9
CIDADE DE SÃO JOÃO DO PIAUÍ

Cirurgia: Tto cirúrgico fratura tibia 1

Cirurgião: Dr. Raphael Barreto

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Circulante:

DATA: 13/03/2013
Nº DO PROMÚMIO: 34500
CÓD DA CIRURGIA: 00000

NOME: Antonio Jose da Silva Idade: 18 Sexo: M RGA: 10000000000000000000
 PROCEDIMENTO: 01000000000000000000 Registro e Lateral: 10000000000000000000
 CARTEIRA: 10000000000000000000 Análise: 10000000000000000000 Análise: 10000000000000000000
 MSTR: 10000000000000000000 CMC: 10000000000000000000 PGO: 10000000000000000000 SALA: 06
 PA: 10000000000000000000 PGO: 10000000000000000000 CMC: 10000000000000000000 Análise: 10000000000000000000

[illegible]

Customer Service Activities

Raguiarasteria, PLM L34

Customer Service Activities

Amor, L.C. & limonada,
augustin 205

☐ ECO
☐ P2330
☐ P2332

☐ Oxidation
☐ Discoloration
☐ PVC

Amount	Units	Value	Time	Number
Carbonyl 2.2				
H ₂ O 1.4				
See above (1)				

674-680

Adrenaline	_____	Amp
Agon dest. 100%	_____	Amp
Agropine	_____	Amp
Ascorb	_____	Amp
Bromocriptin	_____	Amp
Cefazolin 1g	_____	Fr
Ceftriaxone	_____	Fr
Cefuroxim	_____	Fr
Cephalexin	_____	Amp
Cephale ()	_____	Fr
Desamethasone	_____	Amp
Diazepam	_____	Amp
Glucorag	_____	Amp
Glucose	_____	Amp

Deltoid	Amp
Grogholui	Amp
Shoni	Amp
Estadon	Amp
Emfistave	ml
Festani	ml
Funkel (SIC)	Amp
Holobio	ml
Hilicortocora	ml
Isobolano	ml
Jaco W	Ind
Lidocain	% Y Fe
Mischoprimids	Amp
...	Fe

Aluminum	Fr
Antimony	Fr
Ascorbic Acid 0.5%	Ant
Benton	Ant
Butylrub 0.5%	Fr
Carbon	Ant
Calcium	Fr
Hexamine 0.5% Alcohol	Ant
Hexamine	Ant
Chrysotil	Fr
Chrysotil	Ant
Polio Gel	Fr
Pentachloro	Ant
Prinoid	Fr

[illegible]

Dr. Wilson Roberto Soares
Médico Anestesiologista
CRM-41758 - CREA-MA 3748

FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Antonio José da Silva

IDADE: 29 anos ESTADO CIVIL: casado

ENDEREÇO: Serra Negra, Arcozins Piauí

CIDADE DE ORIGEM: Arcozins PI

RESPONSÁVEL: _____

II - ENCAMINHAMENTO

CONDIÇÕES DO PACIENTE:

Transtorno da Tensão e Percepção
da Pessoa

DIAGNÓSTICO

Transtorno da Tensão e Percepção
da Pessoa

EXAMES REALIZADOS

Exame físico
Rx da Percepção

TRATAMENTO REALIZADO

Voluntária

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Não tem profissionais
para a realização do procedimento
Arcozins PI

DATA: 10/05/15

Dr. Antonio Eustáquio Porto
Clínica Médica - Pediatria
Cadastrado em 15/05/2015

ASSINATURA DO MÉDICO



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Nº. ORDEM: 235
NOME: ANTONIO JOSÉ DA SILVA
MÉDICO SOLICITANTE: Leandro Ponce Leal

DATA: 12/05/2015
CONVÊNIO: INTERNO / 207 - 02

RADIOGRAFIA DA PERNA ESQUERDA EM DUAS INCIDÊNCIAS

Fraturas completas, desalinhadas, localizadas nas diáfises distais da tíbia e fíbula.

Aumento das partes moles da perna.

SEQUIRORRA LIDER DEPART 2 06/02/2018 16:04 - 000000026549

LES PERNAS ESQUERDA 2015-2016
FOLHA 001/001/12/15/16
Chefe do Setor de Radiologia

DRA. LÍGE RIBEIRO SOARES DE
SANTANA
RADIOLOGISTA - CRM 4173 PI

Telefone: 085 3227-6885
Fax: 085 3218-1520



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



NOME **ANTONIO JOSE DA SILVA**

IDADE **39 ANOS**

MEDICO **Dr. Raphael Bona**

CONVENIO: **SUS INTERNO NF 207/12**

COAGULOGRAMA

RESULTADO

TEMPO DE SANGRAMENTO:	02 min. 30 seg.	REFERENCIAL: Até 3 minutos
TEMPO DE COAGULAÇÃO:	05 min. 10 seg.	De 5 min. Até 10 min.
PROVA DO LAÇO:	NEGATIVO	Negativa
RETRAÇÃO DO COÁGULO:	POSITIVO	Normal
 OBSERVAÇÃO:		
GLICOSE	96 mg/dl	70 - 99 mg/dl

SEMILOGRA LIDER IMPR 2 08/02/2018 16:04 - 0000000226

TERESINA, 13 DE MAIO DE 2015

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
 CAP. QOPMS - FARMAC. BIOQUÍMICO
 CRF / PI 245

RAULINO F. FERREIRA
 BIOQUÍMICO
 CRF-PI 292

HAROLD L. LEAL SILVA
 Farmacêutico-Bioquímico
 CRF-PI 0985

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Av. Higino Cunha 1642 - Fone (86) 3216-1240 - Fax (86) 3216-1245
 CEP: 64014-090 - Teresina-PI. CNPJ: 07.444.159/0002-25 - CMC: 035.372-8

**HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA**

AV SANTOS DUMONT,

CENTRO, VALENÇA DO PIAUI/PI - 64300-000

CNPJ: 06553564001100

(89) 3465-1015 - (89) 3465-1369

HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: P0136928

Data: 10/05/2015

Funcionário: ANINHA

Registro: 76643

Hora: 17:30:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

SUS**Senha 2****ANTONIO JOSE DA SILVA**

Nasc.: 11/09/1985 Idade: 31 ANOS, 29 DIAS

Profissão: TRATORISTA

CPF: 024.166.073-40 - RG: 2652218 - SUS: 200513868300005

Civil: CASADO(A)

CEP: 64310-00

End.: LOCALIDADE SERRA NEGRA, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: AROAZES/PI

Cor: PARDA Telefone: (89) -

Mãe: LUCINELE MARIA DA SILVA SOUSA

Pai: JOSE FRANCISCO DA SILVA

Clínica: CLINICA GERAL * Documento: 1205 - JARBAS NOGUEIRA MATIAS

Responsável: ANTONIO JOSE DA SILVA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

10/05/2015 17:30 0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente**Queixa principal:** TRAUMA**Exame clínico/físico:****Diagnóstico provável:****Medicação:****Procedimentos/exames realizados:****Ass. Técnico**

SECRETARIA DE SAÚDE DO PIAUÍ - 2016/02/2016 16:03 - 000000626535

Jarbas Nogueira Matias
Assento
CREMEP 1205

Responsável: ANTONIO JOSE DA SILVA

1205 - JARBAS NOGUEIRA MATIAS

Nome: ANTONIO JOSÉ DA SILVA

Requisitante:

Data: 06/11/2015

Nº.: 26917

EXAME: RX DA PERNA ESQUERDA (02 INC)

RELATÓRIO

- Textura óssea preservada.
- Material metálico de síntese com placas e parafusos fixando fratura do terço distal da tíbia.
- Fratura oblíqua completa em consolidação do terço distal da fibula.
- Demais estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.
- 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

SEGREX08 LIDER IMPR 2 08/02/2016 16:04 - 00000026552

HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

AV SANTOS DUMONT,

CENTRO, VALENÇA DO PIAUÍ/PI - 64300-000

CNPJ: 06553564001100

(89) 3465-1015 - (89) 3465-1369

HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: P0136928

Data: 10/05/2015

Funcionário: ANINHA

Registro: 76643

Hora: 17:30:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

SUS

Senha 2

ANTONIO JOSE DA SILVA

Nasc.: 11/09/1985 Idade: 31 ANOS, 29 DIAS

Profissão: TRATORISTA

CPF: 024.166.073-40 - RG: 2652218 - SUS: 200513868300005

Civil: CASADO(A)

CEP: 64310-00

End.: LOCALIDADE SERRA NEGRA, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: AROAZES/PI

Cor: PARDA Telefone: (89) -

Mãe: LUCINELE MARIA DA SILVA SOUSA

Pai: JOSE FRANCISCO DA SILVA

Clínica: CLINICA GERAL Documento: 1205 - JARBAS NOGUEIRA MATIAS

Responsável: ANTONIO JOSE DA SILVA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

10/05/2015 17:30 0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

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

Queixa principal: TRAUMA

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

Responsável: ANTONIO JOSE DA SILVA

1205 - JARBAS NOGUEIRA MATIAS

HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

AV SANTOS DUMONT,

CENTRO, VALENÇA DO PIAUÍ/PI - 64300-000

CNPJ: 06553564001100

(89) 3465-1015 - (89) 3465-1369

HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: P0136928

Registro: 76643

Data: 10/05/2015

Hora: 17:30:00

Funcionário: ANINHA

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

SUS

Senha 2

ANTONIO JOSE DA SILVA

Nasc.: 11/09/1985 Idade: 31 ANOS, 29 DIAS

Profissão: TRATORISTA

CPF: 024.166.073-40 - RG: 2652218 - SUS: 200513868300005

End.: LOCALIDADE SERRA NEGRA, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: AROAZES/PI

Civil: CASADO(A) CEP: 64310-00

Cor: PARDA Telefone: (89) -

Mãe: LUCINELE MARIA DA SILVA SOUSA

Pai: JOSE FRANCISCO DA SILVA

Clínica: CLINICA GERAL - Documento: 1205 - JARBAS NOGUEIRA MATIAS

Responsável: ANTONIO JOSE DA SILVA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

10/05/2015 17:30 0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

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

Queixa principal: TRAUMA

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

SUS: 200513868300005
ROGER LINDEN DE ARAUJO 2 04/02/2016 16:03
000000 26540

Responsável: ANTONIO JOSE DA SILVA

1205 - JARBAS NOGUEIRA MATIAS

**HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA**

AV SANTOS DUMONT,
CENTRO, VALÊNCIA DO PIAUI/PI - 64300-000
CNPJ: 06553564001100
(89) 3465-1015 - (89) 3465-1369

HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: PD136928
Data: 10/05/2015
Fundador: ANINHA

Registro: 76643
Hora: 17:30:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 2

SUS

ANTONIO JOSE DA SILVA

Nasc.: 11/09/1985 Idade: 31 ANOS, 29 DIAS

Profissão: TRATORISTA

CPF: 024.166.073-40 - RG: 2652218 - SUS: 200513868300005

Civil: CASADO(A) CEP: 64310-00

End.: LOCALIDADE SERRA NEGRA, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: AROAZES/PI

Cor: PARDA Telefone: (89) -

Mãe: LUCINELE MARIA DA SILVA SOUSA

Pai: JOSE FRANCISCO DA SILVA

Clinica: CLINICA GERAL

Documento: 1205 - JARBAS NOGUEIRA MATIAS

Responsável: ANTONIO JOSE DA SILVA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

10/05/2015 17:30 0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

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

Queixa principal: TRAUMA

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

SESSÃO DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA 2 04/02/2018 16:03 - 000000126539

Jarbas Nogueira Matias
Médico
CRM-PI 1205

Responsável: ANTONIO JOSE DA SILVA

1205 - JARBAS NOGUEIRA MATIAS

Nome: ANTONIO JOSÉ DA SILVA
Requisitante:
Data: 06/11/2015

Nº.: 26917

EXAME: RX DA PERNA ESQUERDA (02 INC)

RELATÓRIO

- Textura óssea preservada.
- Material metálico de síntese com placas e parafusos fixando fratura do terço distal da tíbia.
- Fratura oblíqua completa em consolidação do terço distal da fíbula.
- Demais estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.
- 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

SEGUROSA LIDER DEPART 2 08/02/2016 16:04 - 000000026552

Dr. Jarbas Nogueira Matias

Médico - CREMEPI-1205

RECEITUÁRIO

Paciente:

Antônio José da Silva

LAUDO MÉDICO

10/05/2015 - Acidente por queda de
motocicleta, com fratura
da perna esquerda.
Encaminhado para HPMT/FE-
PESINA.

11/05/2015 - Internado no HPMT/FE-PESINA
para aguardar tratamento
cirúrgico de fratura

13/05/2015 - Submetido o tratamen-
to cirúrgico - redução de
fratura com fixação
metélica.

Dr. Jarbas Nogueira Matias

Médico

CRM: 1205 - PI

Dr. Jarbas Nogueira Matias
Médico
CREMEPI-1205

Data, ____/____/____

RUA SÃO JOÃO, 441 CENTRO - CEP 64.300-000 - VALENÇA DO PIAUÍ-PI.

Documentação médica - hospital



(02)
Dr. Jarbas Nogueira Matias

Médico - CREMEPI-1205

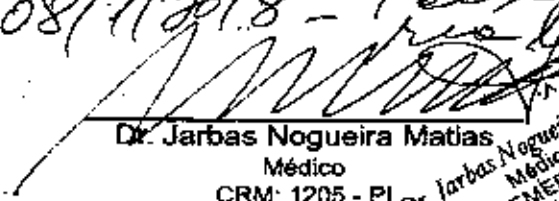
RECEITUÁRIO

Paciente: _____

14/05/2015 - Alta hospitalar
e encaminhado para
convalescência pós-cirur-
gica e com suporte trata-
mento fisioterápico
de reabilitação funcional

20/11/2015 - Paciente com boa
reabilitação, alta do
tratamento fisioterápico

08/11/2018 - Paciente em boas condições
de reabilitação.


Dr. Jarbas Nogueira Matias
Médico
CRM: 1205 - PI

Data, 08.08.2018

RUA SÃO JOÃO, 441 CENTRO - CEP 64.300-000 - VALENÇA DO PIAUÍ-PI