

**Fatura Mensal**

<b>MATRÍCULA</b>	<b>Hidrômetro</b>	<b>Referência</b>
1735348-3	A18N078052	OUT/2018

<b>Nome/Razão Social/Endereço</b>		
JOSE IVAN DE OLIVEIRA RUA ANTONINO DE SOUSA MARTINS, 187 VALE VERDE VALENCA 64300000		
		AG= 67

<b>Situação</b>	<b>Res.</b>	<b>Categorias de Uso</b>	<b>Inscrição</b>
3/1	1	Com. Ind. Pub.	113 2 07 0573 0171-000
<b>Período de Consumo</b>		<b>Dias Consumidos</b>	
10/09/2018		08/10/2018	
		28	

Mês/Ano	Histórico de Consumo			Forma de Faturamento
	Leitura	Consumo	Quant.	
04/18	354	0	0	FATURADO P/ MINIMO DA LIGACAO
05/18	354	0	0	
06/18	354	0	0	Cód. Responsável
07/18	354	0	0	
08/18	1	0	0	916181790
09/18	1	0	0	
10/18	1	0	0	Códigos da Tarifa
				01
				Consumo Médio
				Consum. For. Água
				Consum. For. Esgoto
				Consumo
				Consumo Faturado
				0
				10

DESCRIÇÃO DA FATURA			Valor (R\$)
Cód.	Nome do Serviço		
AGUA			26,91
MULTA IMPONTUALIDADE 001/001			0,61
JUROS DE MORA 001/001			0,63
MANUTENCAO HIDROMETRO			1,60

<b>VERIFICACAO</b>	<b>15/10/2018</b>	<b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b>	<b>29,75</b>
--------------------	-------------------	----------------------------	--------------

AVISO DE DEBITO! CONTAS: 1 VALOR: R\$29,65  
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVICO SERA SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE AGUA CONFORME PORT 2018-2018-001						
Parâmetros	Turbidez	Cor	Oxig.	PH	Ferro	Cálculo
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	8,0 a 9,5	0,3	Assente
NP Mínimo de Amostras Legais						Assente
NP Amostras Realizadas						
NP Amostras que Atende Legislação						
Valor Médio	1.31		2.44	6.84	0.00	0.00

PRESERVE A QUALIDADE DA AGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS GEMETRICAMENTE.  
Mensagem  
A AGESPISA NAO VAI MAIS MANTER SERVICO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE A VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR.  
EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORES. ESGOTO COLETADO PELA AGES PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINACAO FINAL

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSÉ IVAN DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF W11 758 243 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EVANILSO MONTEIRO DE SOUSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.000.118 / 36, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EVANILSO MONTEIRO DE SOUSA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.000.118 / 36, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA ANTONINO DE SOUSA MARTINS</u>		Número <u>187</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>VALE VENDE</u>	Cidade <u>VALENÇA</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64300-000</u>
Email <u>jioivan6.ji@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(89)994122206</u>		Telefone celular(DDD) <u>999260020</u>

VALENÇA-PI, 12 de Novembro de 2019

Local e Data

José Ivan de Oliveira

Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EVANISTO MONAIS DE SOUSA,

RG nº 266.076, data de expedição 27/07/1977

Órgão SSPPI, portador do CPF nº 059.000.118-38, com

Domicílio na cidade de ANDARAÉ, no Estado de

PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

LOCALIDADE REDONDA, nº S/N,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima EVANISTO MONAIS DE SOUSA cujo o condutor era

EVANISTO MONAIS DE SOUSA.

Veículo: MOTOCICLETA HONDA / CG 125 TITAN KS

Modelo: 2000

Ano: 2000

Placa: LWC-0784

Chassi: 9C95C30104R078543

Data do Acidente: 13/12/2018

Local e Data: ANDARAÉ DO PIAUÍ - PI 29/07/2019

Evânisto monais de Sousa  
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piauí / PI

Rua Eurípedes Martins, 381 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (89) 3465-1171

RECIBO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: EVANISTO MONAIS DE SOUSA, DOU  
FEI EM 29/07/2019, VALÊNCIA DO PIAUÍ, PI, 29/07/2019.  
Emissão: 10:10 - Fim: 10:10 - Selos: 26 - Total: 4,98 - Saldo: 0,00  
(F: 60P33)

Ana Cláudia Nêlson Lopes Ferreira Chaves Barbosa - ESCRIVÃO

Ana Cláudia Nêlson L. F. Chaves Barbosa  
Escrivã Autorizada





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



Confere com o(a) original q  
foi apresentado(a) e dou fe.

Em 10/08/19

Setor de Arquivo Técnico do HPM

Esle Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN-PM  
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI  
RG: 105198193-2 Mat. 14495-9

NOME DO PACIENTE: Evairto Jovim de Sousa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 436895/19

Obs: Não fornecemos 2ª via.

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

**Piauí**  
GOVERNO DO  
DESENVOLVIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMPi  
Av. Higino 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	Nº LAUDO: 159652
	AIH: 2218101169735
FORMA DE ENTRADA: ESTADUAL	

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIREC: ARCOVERDE HPM	CNES 2323451
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIREC: ARCOVERDE HPM	CNES 2323451

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
898002963244004	EVARISTO MORAIS DE SOUSA	16/05/1958	M	436595
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL
266076	89999783736		MARIA SOARES DA COSTA	PALLO MORAIS DE SOUSA
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE
64310000	LOC. REDONDA			
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICIPIO	UF	
ZONA RURAL		AROAZIS	PI	

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

#### PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA DA OMÓPLATA ESCAPULA

#### CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

#### PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

#### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
M701 SÍNDROME DO MANGUITO ROTADOR		

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

#### COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0301060070 DIAGNÓSTICO EOL ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM CLÍNICA CIRÚRGICA

LEITO/CLÍNICA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))
ORTOPEDIATRA/MATOLOGIA (MASCULINO)	
CARATER	DATA SOLICITAÇÃO
URGÊNCIA	15/12/2018
DATA ADMISSÃO	DATA ALTA
15/12/2018 15:00	18/12/2018 09:02
MOTIVO ALTA	
MELHORADO	

Los Henrique Vasconcelos Res. 1º TEN PM  
RGPM 105/98173-21 Mai. 14495-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

LEANDRO PONCE LEAL  
CPF: 16778699841

CRM:

### CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

Tipo acidente	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE/SÉRIE CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR NATUREZA DA LESÃO

### AUTORIZAÇÃO

#### JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
PLINIO DOS SANTOS MACEDO CPF: 22768704315 CRM:	
DATA ANÁLISE: 10/01/2019 10:18:13	CPF: CRM: DATA ANÁLISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

159652

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE</b>	2 - CNES <b>2323451</b>	Atendimento  <b>850391</b>
3 - Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE</b>	4 - CNES <b>2323451</b>	

## Identificação do Paciente

5 - Nome: <b>EVARISTO MORAIS DE SOUSA</b>		6 - Prontuário: <b>436595</b>
7 - CNS: <b>707607213731390</b>	8 - Nascimento: <b>16/05/1958</b>	9 - Sexo: <b>M</b> CPF: <b>059.000.118-36</b>
11 - Mãe: <b>MARIA SOARES DA COSTA</b>	12 - Fone: <b>89-9.99783736 / 999069597</b>	14 - Cor: <b>PARDA</b>
13 - Resp: <b>PAULO MORAIS DE SOUSA</b>	15 - Ender.: <b>POVOADO REDONDA</b>	17 - Cod. IBGE: <b>220090</b>
16 - Munic: <b>AROAZES</b>	19 - CEP: <b>64310-000</b>	18 - UF: <b>PI</b> RG: <b>26607-6</b>

## Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

*Lesão no ombro  
Geleiras do, dor e limitação.  
Rx - sem fratura*

21 - Condições que justificam a Internação:

*Investigação de lesão no ombro*

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

*Rx e exames finais*

23 - Diagnóstico Inicial:

**FRATURA DA OMOPLATA (ESCAPULA)**

24 - Cid Princ.: **S421** 25 - Cid Sec.: **\_\_\_\_\_** 26 - Cid Q: **\_\_\_\_\_**

*Sind do impeto M ES. f*

## Procedimento Solicitado - 0301060070

28 - Cod. Proced. <b>0408010177</b>	27 - Procedimento Solicitado: <b>TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO CORPO DE ESCAPULA</b>	Tempo SUS <b>3</b>
29 - Clínica: <b>POSTO II</b>	30 - Caráter: <b>02</b>	31 - Documento: <b>1</b>
32 Doc. Med. Solic. <b>16778699841</b>	33 - Nome Profissional / Assistente <b>LEANDRO PONCE LEAL</b>	34 - Data de Solicitação: <b>15/12/2018</b>

## Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito.	39 - CNPJ Seguradora:	42 - Nº. Bilhete.	41 - Serie
37 - <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho Típico.	42 - CNPJ Empresa:	43 - CNAE. Empresa	44 - CBOR.
38 - <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho Trajetos.	45 - Vínculo com a Previdência. <input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Segurado.		

## Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Data Autorização: <i>15/12/18</i>	50 - Ass. Carimbo (RG Conselho)
48 - Documento	49 - Num. Documento	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Paulo Moraes de Sousa</i>	Usuário: <b>JACQUELINE ALMEIDA</b> Consulta Local: Consulta SUS: <b>20181213184208</b> Impressão: <b>15:47:36</b>
--	--





Polícia Militar do Piauí  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL		FICHA DE PRONTUÁRIO		15/12/2018	
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		Nome: EVARISTO MORAIS DE SOUSA		Pront.: 436595	
IDEM OUTROS HOSPITAIS		Nasc.: 16/05/1958 Sexo: M		Convênio: SUS - INTERNACAO	
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		Atendimento: 850391		Enfermaria: POSTO II	
CLÍNICA		Pai: BENEDITO MORAIS DE SOUSA		ENF 205 LEITO	
		Mãe: MARIA SOARES DA COSTA		Leito: 205	
Médico Assistente		RG: 266076			
Permanência		Residência:			
CLÍNICA		POVOADO REDONDA		Bairro: ZONA RURAL	
		Nr.: 0		Cidade: AROAZES	
		Cep: 64310000		Telefone: 89 - 999783736	

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

*trauma no ombro esquerdo  
de a limitação funcional*

DIAGNÓSTICO

Provisório:	CID S421
Principal:	CID
Procedimento:	
Sintomas e Sinais Principais	Causa Médica
<i>lesão da mobilização do ombro</i>	Histo - Patológico:
	<i>Luiz Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN PM RGPM 105198113-2/ Mat 14495-9 Chefe do Setor de Arquivo Técnico</i>

TRATAMENTO

Tipo:	Terapêutica Médica	Operação	Eficácia
<input type="checkbox"/> Nenhuma <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Médico Cirúrgico	<i>Imobilização</i>		<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Médico Cirúrgico

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação: 15/12/2018 15:42:46  
Data da Alta: 18/12/18  
Data da Hospitalização: 1/1

ALTA

Saída	Transferência	Óbito
<input type="checkbox"/> Curado <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Internação p/ Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Divisão Médica <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Evasão <input type="checkbox"/> P. Ambulatório	<input type="checkbox"/> Fisiologia <input type="checkbox"/> Psiquiatria <input type="checkbox"/> Outros
		<input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

THE   /  /  

Assinatura: *[Assinatura]*

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520  
CEP.: 64014-090 - Teresina - PI. CNPJ.: 07.444.159/0002-25 - CMC. 035.372-8

# RISCO CIRÚRGICO CLÍNICO - CARDIOLÓGICO

(205/2)

## 1. IDENTIFICAÇÃO:

NOME: Evilberto Martins de Lima IDADE: 60 SEXO: ☒ M ( ) F DATA: 17/12/20

## 2. CIRURGIA PROPOSTA:

Indicado

## 3. REVISÃO/ANTECEDENTES (S/N)

1. Cirurgia anterior( ) 2. AVC( ) 3. Alergia medicamentosa( ) 5. Diabetes( ) 6. Dça Art. Coron( ) 7. ICC( )  
8. Dça Pulmonar( ) 9. HAS( ) 10. IAM( ) 11. Asma( ) 12. DPOC( ) 13. TB( ) 14. Fumo( ) 15. Reumatismo( )  
16. Dça de Chagas( ) 17. Uso medic( ) 18. DUAP( ) 19. Dça Renal( ) 20. Anemia( ) 21. Dist. Coagulação( )  
22. Outros( )

## COMENTÁRIOS:

20 Revis

## 4. EXAME FÍSICO - IMPRESSÃO GERAL

- a. **ESTADO GERAL:** BOM ( ) Regular ( ) Precário ( ) Dispneia ( ) Ictério ( )  
Cianótico ( ) Mucosa Descoradas ( ) Edema ( ) PVJ Eleva: a ( )  
b. **APARELHO RESPIRATÓRIO:** Expansibilidade Normal MV: Normal FTV: Normal  
Ruidos adventícios: SIM ( ) NÃO ( )  
c. **APARELHO CIRCULATÓRIO:** PA: 120 x 70 mmHg Pulsos: Regulares FC: 70  
Inspeção e Palpação: Normal Ausculta: RC: 122 Bullas: Normal  
Sopros: Normal Outros achados: Normal MMII: Normal  
d. **ABDOMEM - PELE:** Normal

## 5. ÍNDICES DE REFERÊNCIA:

### 1. ÍNDICE DE RISCO CARDÍACO (DETSKY, 1986):

- (10.) Infarto agudo do miocárdio nos últimos 6m  
(5.) Infarto agudo do miocárdio há mais de 6m  
(10.) Angina classe III (CCS), limitação importante às atividades físicas diárias  
(20.) Angina classe IV (CCS), angina aos mínimos esforços ou repouso  
10. Angina instável nos últimos 6m  
10. Edema pulmonar na última semana

- (5.) Infarto agudo do miocárdio há mais de 6m  
(20.) Estenose aórtica crítica  
(5.) ECG recente com ritmo não-sinusal ou extra-sístolia atrial  
(5.) ECG com mais de 5 extra-sístoles ventriculares no passado  
(5.) Estado Geral precário  
(5.) Idade > 70 anos  
(10.) Cirurgia de Emergência

### (CCS: Canadian Cardiovascular Society)

(< 15 pts.) Baixo risco de complicações (> 15 pts.) Alto Risco de complicações

## CONCLUSÃO:

### (b) NEW YORK HEART ASSOCIATION (NYHA)

- CLASSE I: Ind. com dça. Cardíaca sem limitação da atividade física  
CLASSE II: Ind. com dça. Cardíaca com pequena limitação da atividade física  
CLASSE III: Ind. com dça. Cardíaca com importante limitação da atividade física  
CLASSE IV: Ind. com dça. Cardíaca e incapaz de fazer atividade física

## CONCLUSÃO:

### (c) AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGY (ASA)

- ASA I: Ind. Saudável  
ASA II: Ind. com dça. Sistêmica discreta  
ASA III: Ind. com dça Sistêmica grave/limitação ativ./ não incapacitante  
ASA IV: Moribundo; sem esperança de sobrevivência p/24hrs c/ ou s/ cirurgia

## CONCLUSÃO:

### d) ÍNDICE DE RISCO CARDÍACO - GOLDMAN E COL (1987)

1. História: (a) Ind + 70 anos (5pt) (b) IAM prévio (10pt)  
2. Ex. Físico: (a) Galope ou estase jugular (11pt) (b) Estenose imp (3pt)  
3. ECG: (a) Ritmo não sinusal / BAP (7pt) (b) BVP + 5min (7pt)  
4. Estado geral: PaO2 < 80 / PaCO2 > 50 / k < 3 / Creatin > 3 / TGO / TGP anormal  
Inf. Hepática / Ind. acamado

ÍNDICE: GRUPO I: (0-5pt) complicação não fatal 0,7% fatal 0,2%  
GRUPO II: (6-12PT)..... 5% ..... 2%  
GRUPO III: (13-25pt)..... 11% ..... 2%  
GRUPO IV: (+25pt)..... 22% ..... 56%

## CONCLUSÃO:

## EXAME:

- 1- HT/HI/Plaq: 120/80/0  
2- Leuco/BI/Sag: 5/0/0  
3- Glicose: 98  
4- Ur/Cr: 10/8  
5- TS/TC: 2/8  
6- TG/VTGP: Normal  
7- Troc/Cl/mb: Normal  
8- ECG: Normal  
9- Urina: Normal  
10- ECG 2D: Normal  
11- US: Normal  
12- RX Tórax: Normal  
13- TC/RNM: Normal

Dr. Francisco José Lima  
CARDIOLOGISTA-CLÍNICO GERAL  
CRM-P12101





**POLICIA MILITAR DO PIAUI**  
**HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**



NOME: **EVARISTO MORAIS DE SOUSA**  
 MÉDICO  
 CONVÊNIO: SUS

IDADE: **60 ANOS**

**HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LABTEST**

**ERITROGRAMA**

Hemácias em milhões/mm<sup>3</sup>  
 Hemoglobina em g/dl  
 Hematócrito em %

**VALORES ENCONTRADOS**

**4,60**  
**13,0**  
**42,0**

**VALORES DE REFERENCIA:**

HOMEM	MULHER
4,5 - 6,5	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	
			4.000	10.000
Leucócitos por mm <sup>3</sup>		5.500		
	%	REFERENCIAL	ABSOLUTO	REFERENCIAL
Bastões	0	3	5	
Segmentados	49	50	66	120
Eosinófilos	2	2	4	2000
Basófilos	0	0	1	80
Linfócitos	48	20	30	0
Monócitos	1	4	8	600
Metamielócitos	0	0	1	160
Mielócitos	0	0	0	0

OBSERVAÇÕES:

**PLAQUETAS**

**217.000 mm<sup>3</sup>**

100.000/mm<sup>3</sup> - 400.000/mm<sup>3</sup>

Obs: Plaquetas contadas eletronicamente por impedância elétrica.

OBSERVAÇÕES: Plaquetas Morfologicamente normais e bem distribuídas

Luis Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN PM  
 RCPM 158193-2/ Mar 14495-8  
 (Assinatura) Selo do Arquivo Técnico

TERESINA, 16 DE DEZEMBRO DE 2018

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

RAULINO F. FERREIRA  
 BIOQUÍMICO  
 CRF - PI 292

HAROLDO LEAL SILVA  
 Farmacêutico-Bioquímico  
 CRF-PI 0985

"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



**POLICIA MILITAR DO PIAUI**  
**HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**



NOME **EVARISTO MORAIS DE SOUSA**

IDADE: **60 ANOS**

MEDICO

CONVENIO: **SUS**

**COAGULOGRAMA**

**RESULTADO**

TEMPO DE SANGRAMENTO:	<b>02 min. 00 seg.</b>	<b>REFERENCIAL:</b> Até 3 minutos
TEMPO DE COAGULAÇÃO:	<b>08 min. 00 seg.</b>	De 5 min. Até 10 min.
PROVA DO LAÇO:	<b>NEGATIVO</b>	Negativa
RETRAÇÃO DO COÁGULO:	<b>TOTAL</b>	Normal

**OBSERVAÇÃO:**

GLICOSE	<b>98</b> mg/dl	70 - 99 mg/dl
CREATININA	<b>0,8</b> mg/dl	0,4 - 1,4 mg/dl

TERESINA, 16 DE DEZEMBRO DE 2018

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

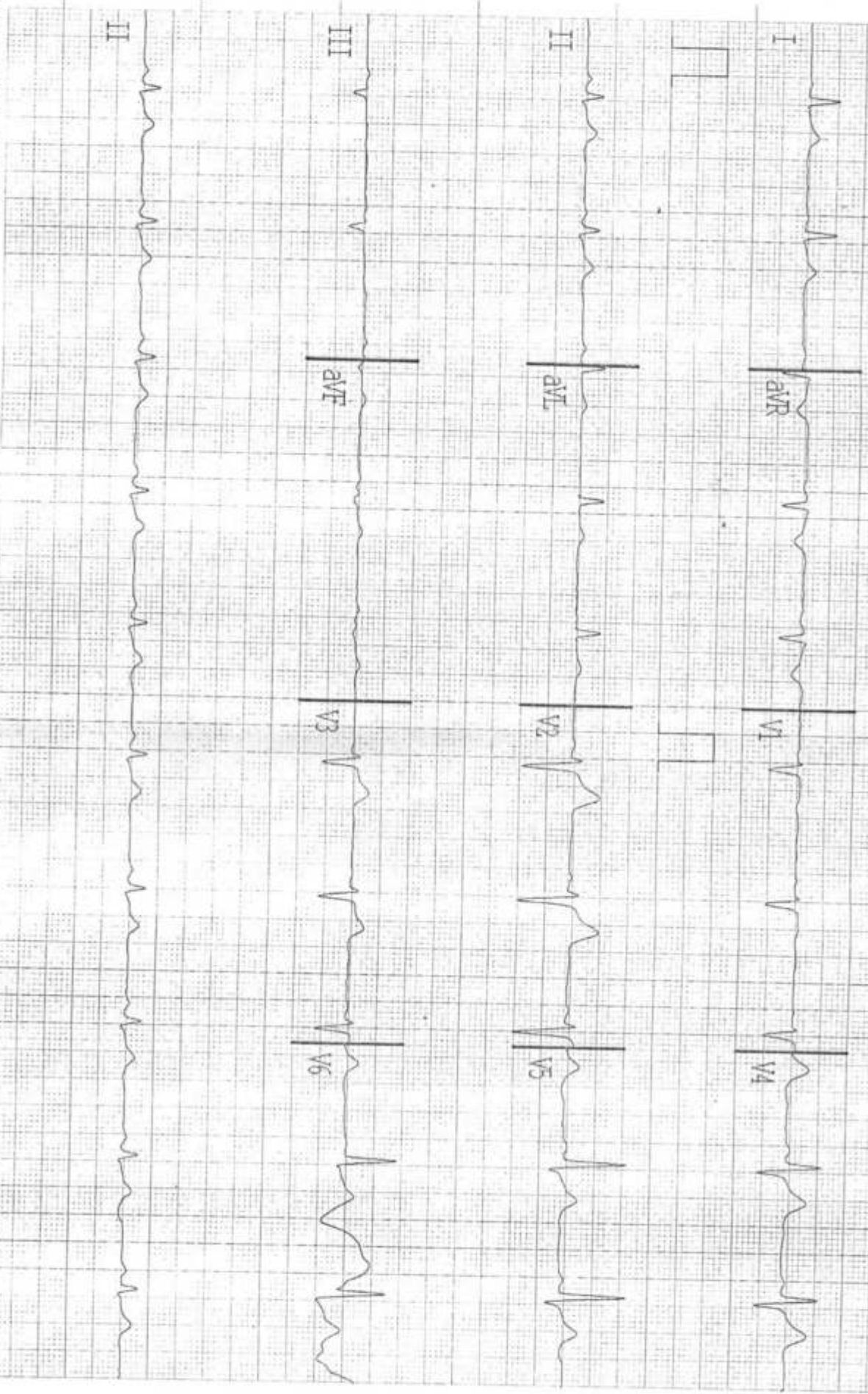
RAULINO F. FERREIRA  
 BIOQUIMICO  
 CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA  
 Farmacêutico-Bioquímico  
 CRF-PI 0985

Luis Henrique Gonçalves Reis 1º TEN PM  
 RGM 106358193-2/ Mat. 14495-8  
 Chefe do Setor de Análise

Name : EVARISTO MORAIS PR int : 146 ms  
 Age : 60yrs, Sex : M  
 H : 0cm W : 0kg  
 QRS dur : 102 ms  
 QT/QTc : 406/410 ms  
 P-R-T axes : 56-3-34  
 Normal Sinus Rhythm  
 Normal Axis  
 [Normal ECG]  
 ... Comment ...

PACIENTE: EVARISTO MORAIS DE SOUSA  
 DATA NASCIMENTO: 16/05/1958  
 MÉDICO SOLICITANTE: DR JOSÉ ANTONIO



Los Hernandez y Asociados  
 RCPM 106198193-27 Mar 14 15:09  
 Calle do Selo do Arundo 1400

0.1Hz-40Hz, AC 50Hz, EMG.  
 All Channels, 10mm/mV, 25.0mm/sec.  
 BMS Plus - EKG Viewer  
 Bionet Co., Ltd.

ID: 131404  
Paciente: EVARISTO MORAIS DE SOUSA  
Idade: 060Y  
Sexo: M

HPM



Horas: 09:15  
Exame: 17/12/2018

LAJ: 100190130-2-4-001 17/12/18  
RCOM: 100190130-2-4-001 17/12/18  
Chave: 100190130-2-4-001 17/12/18



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 131404  
PACIENTE: EVARISTO MORAIS DE SOUSA  
NOME DA MÃE: MARIA SOARES DA COSTA  
DATA DO NASCIMENTO: 16/05/1958  
MÉDICO SOLICITANTE: CRM  
DATA DA REALIZAÇÃO: 15/12/2018  
DATA DO LAUDO: 18/01/2019  
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

**RADIOGRAFIA DO OMBRO ESQUERDO E CLAVICULA ESQUERDA EM DUAS INCIDÊNCIAS**

Esclerose córtico-esponjosa localizada na grande tuberosidade umeral.

Interlinhas articulares preservadas.

Partes moles sem alterações.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

Esclerose córtico-esponjosa localizada na grande tuberosidade umeral, compatível com síndrome do impacto.

Luiz Henrique Vasconcelos Rios 1º TEN PM  
RGPM 105198133-2/ Mat: 14405-9  
Chefe do Selo do Arquivo Técnico

Dra. Lúcia de Sampaio  
RUA 414  
CRM-PI 4173

**LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO**  
CRM: 4173

Av. Higino Cunha, 1642 - Ilhotas - Teresina/PI  
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

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





Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, validade a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura *Jose Ivan de Oliveira*

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

**VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

Emitido em : 23/12/98

S  
E  
R  
V  
I  
D  
O

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

REGISTRO DO DIRETOR

DOC. 10000000

VALENÇA DO PIAUI/PI

CN:LV.A003/FLS.057V/N.001927

VALENÇA DO PIAUI -PI 17/SET/1972

DATA DE NASCIMENTO

OLIVEIRA

E IDA MARIA DA CONCEIÇÃO

IVÓ TRAJANO DE OLIVEIRA

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

36.100.495-3

DATA DE EXPIRAÇÃO 10/DEZ/98

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Nº de inscrição

411758243-72

17/09/72

Data de Nascimento

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 1342-5

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBERTON DAUNT

TERMO NOTARIAL DO REGISTRO

*Jose Ivan de Oliveira*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013936196868  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD. RENAVAM 00735687218 ILN.TRG. EXERCÍCIO 2019

NOME  
EVARISTO MORAIS DE SOUSA

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

CPF / CNPJ 05900011836 PLACA LHC-0784

PLACA ANT. / UF CHASSI 9C2JC3010YR078543

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/MENHUMA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 TITAN KS ANO FAB. 2000 ANO MOD. 2000

CAP / POT. / OIL 02P/0124CC CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º ISENTA

FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 2º IPVA

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IGP (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEM RESTRICÇÕES OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO  
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

ARCADES LOCAL 08/04/2019

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

PI Nº 013936196868 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 08/04/2019

VIA 1 CPF / CNPJ 05900011836 PLACA LHC-0784

RENAVAM 00735687218 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 TITAN KS

ANO FAB. 2000 CAT. TARE 09 Nº CHASSI 9C2JC3010YR078543

PRÊMIO TARIFÁRIO

000,00 (R\$) 000,00 (R\$) 000,00 (R\$)


000,00 (R\$) 000,00 (R\$) 000,00 (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 26/03/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.005/0001-04

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0398429/19

**Vítima:** EVARISTO MORAIS DE SOUSA

**CPF:** 059.000.118-36

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 12/12/2018

**Titular do CPF:** EVARISTO MORAIS DE SOUSA

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**JOSE IVAN DE OLIVEIRA : 411.758.243-72**

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

**EVARISTO MORAIS DE SOUSA : 059.000.118-36**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/11/2019  
Nome: JOSE IVAN DE OLIVEIRA  
CPF: 411.758.243-72

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019  
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior  
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190636259 **Cidade:** Aroazes **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EVARISTO MORAIS DE SOUSA **Data do acidente:** 12/12/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA DE OMBRO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA BOM ESTADO GERAL, LIMITAÇÃO LEVE AOS MOVIMENTOS DE ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DO OMBRO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** SATISFATÓRIOS COM LEVE LIMITAÇÃO AOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO OMBRO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 25/11/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## DANOS

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



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190636259 **Cidade:** Aroazes **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EVARISTO MORAIS DE SOUSA **Data do acidente:** 12/12/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA DE OMBRO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA BOM ESTADO GERAL, LIMITAÇÃO LEVE AOS MOVIMENTOS DE ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DO OMBRO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** SATISFATÓRIOS COM LEVE LIMITAÇÃO AOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO OMBRO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 25/11/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190636259 **Cidade:** Aroazes **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EVARISTO MORAIS DE SOUSA **Data do acidente:** 12/12/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO EM ESCAPULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG 4

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE OMBRO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190636259 **Cidade:** Aroazes **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EVARISTO MORAIS DE SOUSA **Data do acidente:** 12/12/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 21/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO EM ESCAPULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG 4

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @10 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

### PROCURAÇÃO PARTICULAR

<b>OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)</b>			
<b>Nome: Evaristo Morais de Sousa</b>			
<b>Nacionalidade: Brasileiro</b>		<b>Estado Civil: Casado</b>	
<b>Profissão: Recusou</b>			
<b>RG: 266.076</b>	<b>Org. emissor SSP/PI</b>	<b>D. Expedição 27/07/1977</b>	<b>CPF: 059.000.118-38</b>
<b>Endereço: localidade Redonda</b>		<b>Nº s/n</b>	<b>Bairro: Rural</b>
<b>Cidade: Aroazes</b>		<b>Estado: PI</b>	<b>CEP: 64310-000</b>

<b>OUTORGADO: (Dados do procurador)</b>			
<b>Nome:</b> José Ivan de Oliveira			
<b>Nacionalidade:</b> Brasileiro		<b>Estado Civil:</b> Casado	<b>Profissão:</b> Recusou
<b>RG:</b> 36.100.495-3	<b>Org. emissor</b> SSP-SP	<b>D. Expedição</b> 10/12 /1998	<b>CPF:</b> 411.758.243-72
<b>Endereço:</b> Rua Antonino de Sousa Martins			<b>Nº</b> 187
<b>Bairro:</b> Vale Verde			
<b>Cidade :</b> Valença		<b>Estado:</b> PI	<b>CEP:</b> 64300-000

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representa-me perante a Seguradora LIDER dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Residência, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima. **Evaristo Moraes de Sousa**

Local / data: ANANAS DO PIAUI - PE 29/07/2019

\*Evaristo Morales de Sousa

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piauí / PI  
Rua Euripedes Martins, 360 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.100-000 - Fone: (84) 3285-1171

[illegible]

Ann Cláudia Melo L. F. Chaves Barbosa  
Escritorinha Autorizada

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0398429/19

**Vítima:** EVARISTO MORAIS DE SOUSA

**CPF:** 059.000.118-36

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 12/12/2018

**Titular do CPF:** EVARISTO MORAIS DE SOUSA

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### JOSE IVAN DE OLIVEIRA : 411.758.243-72

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

### EVARISTO MORAIS DE SOUSA : 059.000.118-36

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/11/2019  
Nome: JOSE IVAN DE OLIVEIRA  
CPF: 411.758.243-72

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019  
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior  
CPF: 066.768.113-24

JOSE IVAN DE OLIVEIRA

Ozeas Chaves Vieira Junior



---

**Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190636259**

**Vítima: EVARISTO MORAIS DE SOUSA**

**Data do Acidente: 12/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), EVARISTO MORAIS DE SOUSA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190636259**

**Vítima: EVARISTO MORAIS DE SOUSA**

**Data do Acidente: 12/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA**

**Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), EVARISTO MORAIS DE SOUSA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

**Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190636259**

**Vítima: EVARISTO MORAIS DE SOUSA**

**Data do Acidente: 12/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE IVAN DE OLIVEIRA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), EVARISTO MORAIS DE SOUSA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros  
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **EVARISTO MORAIS DE SOUSA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000003887**

Conta: **000000005025-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 059.000.118-36 4 - Nome completo da vítima: Evaristo Morais De Sousa

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

5 - Nome completo: Evaristo Morais De Sousa 6 - CPF: 059.000.118-36  
7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: Localidade Redonda 9 - Número: S/N 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Rural 12 - Cidade: Aroazes 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64310-000  
15 - E-mail: jioivan6.ji@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (89)999260020

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 3887 CONTA: 00005025 7  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

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

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso omissa, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Aroazes Do Piauí-PI, 11 De Novembro De 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



5067 2251 5475 6276

5067

VALIDATE

10/24

EVARISTO MORAIS DE SOUSA

3887 013 00005025-7

elo



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 059.000.118-36 4 - Nome completo da vítima: Evaristo Morais De Sousa

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

5 - Nome completo: Evaristo Morais De Sousa 6 - CPF: 059.000.118-36  
7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: Localidade Redonda 9 - Número: S/N 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Rural 12 - Cidade: Aroazes 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64310-000  
15 - E-mail: jioivan6.ji@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (89)999260020

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 3887 CONTA: 00005025 7  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso omissa, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Aroazes Do Piauí-PI, 11 De Novembro De 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190636259  
Nome do(a) Examinado(a): Evaristo Moraes de Sousa  
Endereço do(a) Examinado(a): Lc Redonda, S/N Casa  
Zona Rural Aroazes Aroazes PI CEP: 64310-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PI ] 266076  
Data local do acidente: [ 12/12/2018 ]  
Data local do exame: [ 25/11/2019 ] Picos [ PI ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**TRAUMA DE OMBRO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO E APOS 90 (NOVENTA) DIAS FISIOTERAPIA.**  
**Complicações: SEM COMPLICAÇÃO.**  
**Data da Alta: 13/03/2019**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**AO EXAME FÍSICO APRESENTA BOM ESTADO GERAL, LIMITAÇÃO LEVE AOS MOVIMENTOS DE ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DO OMBRO ESQUERDO.**
- IV. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) Sim** ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**DEFICIT FUNCIONAL LEVE DE OMBRO ESQUERDO.**  
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).
- |   |   |
|---|---|
| <p>( ) "Vítima em tratamento"<br/><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</i></p> | <p>( ) "Sem seqüela permanente"<br/><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |   |   |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):<br/><b>OMBRO - Lado Esquerdo</b><br/>% do dano: ( ) 10% residual <b>(X) 25% leve</b><br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):<br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):<br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):<br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 214770.000067/2019-45**

Complementar ao BO Nº: 214770.000066/2019-17

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: Carlos Henrique Alves Do Nascimento

Data/Hora: 05/11/2019 - 10:06

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE AROAZES

12/12/2018 - 20:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

AROAZES

Endereço

ESTRADA QUE LIGA O POVOADO REDONDA AO POVOADO PIRIPIRI VELHO, Nº:

Complemento

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: EVARISTO MORAIS DE SOUSA

Tipo Envolv.: VITIMA

RG: 266076 SSP PI

Mãe: MARIA SOARES DA COSTA

Pai: BENEDITO MORAIS DE SOUSA

Endereço: POVOADO REDONDA, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: AROAZES

Telefone(s): 89-9978-3736

Nome: MARIA DA CRUZ DA SILVA SOUSA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1130189 SSP PI

Mãe: FRANCISCA HORMESINA DE MESQUITA

Pai: JOÃO PEREIRA DA SILVA

Endereço: POVOADO REDONDA, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: AROAZES

**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	CG 125 TITAN KS	2000	LWC0784	9C2JC3010YR078543	00735687218	Vermelha
Condutor: EVARISTO MORAIS DE SOUSA						
End: POVOADO REDONDA Número: Complemento:						
Cidade: AROAZES UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL						

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

A NOTICIANTE NARRA QUE DIA 12/12/2018, POR VOLTA DAS 20:30 H, RETORNAVA DE UMA NOVENA NA LOCALIDADE PIRIPIRI VELHO PARA A LOCALIDADE REDONDA, MUNICÍPIO DE AROAZES-PI, ONDE MORA, COMO GARUPA DA MOTOCICLETA DESCRITA ACIMA, A QUAL ERA CONDUZIDA POR SEU ESPOSO, QUALIFICADO ACIMA; QUE, A CERCA DE 6 KM DE SUA RESIDÊNCIA, SEU ESPOSO E PROPRIETÁRIO DA MOTOCICLETA, AO FAZER UMA MANOBRA PARA DESVIAR DE UM BURACO, DESEQUILIBROU-SE, O QUE OCASIONOU A QUEDA DOS DOIS; QUE FORAM SOCORRIDOS POR POPULARES E TRAZIDOS PARA O HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA, EM VALENÇA-PI, ONDE RECEBERAM OS PRIMEIROS SOCORROS; QUE, POR CONTA DAQUELE ACIDENTE, A NOTICIANTE SOFREU UMA FRATURA NO PÉ ESQUERDO E SEU ESPOSO SOFREU UM DESLOCAMENTO NO OMBRO ESQUERDO, CONFORME ESPECIFICAÇÕES EM LAUDOS MÉDICOS; QUE NO DIA SEGUINTE FORAM TRANSFERIDOS PARA TERESINA-PI; QUE SEU ESPOSO FICOU INTERNADO DOIS DIAS NO HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR; QUE A NOTICIANTE FOI LEVADA PARA UMA CLÍNICA PARTICULAR (NEOCLÍNICA), ONDE FOI SUBMETIDA A CIRURGIA NO PÉ FRATURADO, FICANDO INTERNADA DOIS DIAS.



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 214770.000067/2019-45**

Complementar ao BO Nº: 214770.000066/2019-17

ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

*Carlos Henrique Alves Do Nascimento*  
Carlos Henrique Alves Do Nascimento - Mat.  
AGENTE DE POL.

*Maria da Cruz da Silva Sousa*  
MARIA DA CRUZ DA SILVA SOUSA - Noticiante  
Responsável pela Informação

*Lacey Kelles Leal Parreira*  
Lacey Kelles Leal Parreira  
Delegada Geral de Polícia Civil  
Mat.: 196.333-7

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO  
Certifico e dou fé, que a presente  
Cópia confere com o original.  
12/11/19  
na verdade  
*[Assinatura]*  
Ana Cláudia Melo L. F. Soares Barbosa  
Escrevente Autorizada



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 059.000.118-36 4 - Nome completo da vítima: Evaristo Morais De Sousa

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

5 - Nome completo: Evaristo Morais De Sousa 6 - CPF: 059.000.118-36  
7 - Profissão: Recusou 8 - Endereço: Localidade Redonda 9 - Número: S/N 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Rural 12 - Cidade: Aroazes 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64310-000  
15 - E-mail: jioivan6.ji@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (89)999260020

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 3887 CONTA: 00005025 7  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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

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

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso omissa, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Aroazes Do Piauí-PI, 11 De Novembro De 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: EVARISTO MORAIS DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03887

CONTA: 000000005025-7

---

Nr. da Autenticação 2477C0441ABCFC9E



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ 06.948.740/0001-89 | Ins. Estadual: 19.201.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia ESE, s/n - Série B-1  
Regime especial de tributação autorizado pela LEI 9242/06/06

Para contato  
contato, informe  
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0674227-8

Nº da Nota Fiscal 017924307

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

CONTA Nº	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2019	25/02/2019	69	44,11

MARIA DA CRUZ DA SILVA SOUSA  
LC REDONDA S/N B-RURAL  
CPF: 00027827191819  
CEP: 64.310-000 - AROAZES

ROT: 34.431.14.81.001400

DADOS DA LEITURA	DATA DA LEITURA
Atual: 12966	Atual: 18/02/2019
Anterior: 12897	Anterior: 17/01/2019
Constante de Multiplicação: 1,000	Próxima Leitura: 20/03/2019
Consumo Medido: 69	Emissão: 15/02/2019
Consumo Faturado: 69	Apresentação: 18/02/2019
Forma de Pagamento: NORMAL	Período de Cobrança: 32

Class/Subclass	Ligação	Número Medidor	Proteção	Código Pat.	Multa 12 meses
RESID. BX. RENDA	MONO	A747134		1.4.1.1	75

PERÍODO (Mês)	CONSUMO	DESCRIÇÃO DA COTA	Valor
JAN/19	65	30 A R\$ 0,300370 =	9,01
DEZ/18	57	39 A R\$ 0,514933 =	20,08
NOV/18	81	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	4,61
OUT/18	95	DIFERENÇA DE TARIFA	32,28
SET/18	83	SUBVENCAO BAIXA RENDA	22,64
AGO/18	82	MULTA POR ATRASO 01/19-00	0,68
JUL/18	65	JUROS POR ATRASO 01/19-00	0,09
JUN/18	72		
MAI/18	68		
ABR/18	84		

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 30 - 0,210350  
31 A 65 - 0,361820

### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

#### DEBITOS JA REAVISADOS

Mes/Ano	Valor R\$
11/2018	47,26

Informamos existir(em) debito(s) vencido(s) no valor de R\$ 47,26 (com encargos legais) até esta data. Caso o(s) debito(s) já tenha(m) sido pago(s), procurar uma loja de atendimento de Eletrobras Distribuição Piauí com o(s) comprovante(s) de pagamento.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCAL  
CCC3.F175.5FCE.DAZA.D590.9307.6F5B.06B3

COMPOSIÇÃO DA COTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	12,43	Base de Cálculo:	61,37
Energia:	23,99	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	4,06	Valor do ICMS:	13,50
Encargos:	2,56	Valor do PIS:	0,86
Tributos:	18,33	Valor do COFINS:	3,97

INDICADORES DE CONTABILIDADE							
DIE		PIC		DIEC		BCCR	
Atual	Anterior	Atual	Anterior	Atual	Anterior	Atual	Anterior
7,27	14,53	29,06	3,68	7,35	14,70	4,14	
0,00		0,00		0,00		0,00	
WO ORIENTE				Período de aplicação		12/2018	
						8,27	