

TIM S.A.  
Rua Lisandro Nogueira, 191A  
CENTRO - TERESINA - PI  
CNPJ: 02.421.421/0024-08 - I.E.: 194445895  
CNPJ do Matriz: 02.421.421/0001-11

**TIM**  
**BLACK**

Página 1 de 4

**R\$ 98,89**

**VENCIMENTO**

**25/08/2019**

EMIÇÃO: 07/08/2019

POSTAGEM: 14/08/2019

FATURA: 3928882451

**ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**  
RUA SETE DE SETEMBRO, 244  
CENTRO  
64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI

CLIENTE: 1.67423773

CPF/CNPJ: 84939443353

ACESSO: 86 99999-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

**IMPORTANTE PARA ADRIANA**

Participe do Conselho de Usuários da TIM. Mais informações: [www.tim.com.br/conselhodeusuarios](http://www.tim.com.br/conselhodeusuarios).

**RECAPITULE SUA ÚLTIMA DEBITADA**

Serviços TIM S.A.	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/> Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 90,01
<input checked="" type="checkbox"/> CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 7,25
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 1,63

**VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007**

**MENSALIDADES**

Vantagens que seu plano oferece

**Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP)**

Desconto Oferta TIM Pós C Plus

Desc Relac 25% Oferta TIM Pós C Plus

Subtotal

10 GB de Internet

Minutos locais e DDD com 41

10GB de Internet para Vídeo

TIM Music

TIM Banco Virtual

TIM Backup 30GB

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	-	1	31	07/07 a 06/08	199,99
-	-	2/12	31	07/07 a 06/08	-60,00
-	-	4/6	31	07/07 a 06/08	-49,98
-	-	-	-	-	90,01
10GB	-	1	31	07/07 a 06/08	Incluído
Ilimitado	173m54s	1	31	07/07 a 06/08	Incluído
-	-	1	31	07/07 a 06/08	Incluído
-	-	1	31	07/07 a 06/08	Incluído
-	-	1	31	07/07 a 06/08	Incluído
-	-	1	31	07/07 a 06/08	Incluído

**MAIS DETALHES DA SUA CONTA**

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-lo, visite [www.appmeutim.com.br](http://www.appmeutim.com.br) do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

WIPSTC TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	PJST	R\$ Q,00
ICMS	50%	R\$ 7,02	R\$ 3,51	PUNTEL	R\$ 0,24
PIS/COFINS - Serviços Telecom	3,65%	-	-	-	-
PIS/COFINS - Serviços Neo Telecom	4,45%	-	-	-	-
PIS/COFINS - Serviços Neo Telecom	9,25%	-	-	-	-

De: 07/08/2019 a 06/09/2019

As contribuições de PIS (0,65%) e PUNTEL (0,5%) não são representadas em tarifas

Informações Complementares - Plano(s) e Serviço de Valor Adicionado (SVA)

Incluído no(s) Plano(s)

Franquia(s)

SVA

Desconto(s) Franquia(s)

Desconto(s) SVA

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

**DPVAT**

**TIM**

Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e ainda ganha um bônus de Internet toda mês. Para mais informações e condições, acesse [www.tim.com.br](http://www.tim.com.br) ou ligue para a central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO  
00000009121536776014

MÊS DE REFERÊNCIA  
AGO/2019

DATA DE EMISSÃO  
07/08/2019

DATA DE VENCIMENTO  
25/08/2019

VALOR  
R\$ 98,89

VIA BANCO

8469000000 - 7

98890109011 - 4

00392888245 - 9

10121536776 - 0

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)**

**Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04**

**SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 95**

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Carla de Sousa Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.394.433 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Alcener José da Cruz inscrito (a) no CPF sob o Nº 030.440.373 / 96,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Alcener José da Cruz

inscrito (a) no CPF sob o Nº 030.440.373 / 96, 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 Sete de Setembro</u>	Número: <u>244</u>	Complemento: <u>Centro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Elestão Veloso</u>	Estado: <u>Piauí</u>
E-mail: <u>carladrianasousa@gmail.com.br</u>	CEP: <u>64.325-000</u>	Tel. (DDD): <u>86</u> 99981-6008

Local e Data: E. Veloso, Pi 07.11.2019

Adriana Carla de Sousa Silva

Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE  
UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE PEDRO LOPES  
FRANCINOPOLIS

DIR. DE UNIO. DE CONTOLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO, E AUDITORIA-  
DUCARA

SOLICITAÇÃO DE VAGA/ TRASFERENCIA (89) 3472 - 1140  
DATA 05/02/19 HORA 19:30 N° DO TELEFONE

HOSPITAL SOLICITANTE UMSPL  
MÉDICO Ednel S. Silva Filho do Nascimento CRM: 7340-Pi MUNICIPIO Francinópolis

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO  
( ) Obstetria (X) Trauma ( ) Clínico ( ) Cirúrgico ( ) Psiquiatria ( ) Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE  
Nome Alceu Sena da Cruz

idade 69 anos Sexo: (X) Masculino ( ) Feminino

HDA Paciente vítima de trauma de queda em 04/02/19  
Lança importante de pontos no abdômen. Realiza 1º pun  
medida profilática. Realiza punção na região do abdômen  
destino em UMSPL. Exame de urina realizado

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
(X) Espontânea	(X) Orientado	(X) Obedece a comandos
3- Comandos	4- Confusa	5- localiza dor
2- A dor	3- Palavras Inapropriadas	4- Movimento de retirada
1- Nenhum	2- Palavras Incompreensíveis	3- Flexão anormal
	1- Nenhuma	2- Extensão anormal
		1- Nenhuma

SINAIS VITAIS  
Tax. 22 SC P: 80 R: 20 mmHg PA: 100x80 mmHg Sat O2 99  
Glicemia: mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

( ) Oxigênio (X) Hidratação Venenosa S.F.O. 9%  
( ) Aspiração (X) Medicação Trocar + Celoxan.  
( ) Curativo ( ) Outros

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO  
Hospital: Hospital de Picos  
Clínico/ Posto: Dr. Ednel S. Silva do Nascimento  
Assinatura e Carimbo do Médico Senha 20190205012-7208



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

PRAÇA ANTENOR NEIVA,

BOMBA, PICOS/PI - 64601-391

CNPJ: 06.553.564/0102-81

(89) 3422-314 - (89) 3422-1314

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P0669173

Data: 05/08/2019

Funcionario: FRAN

Registro: 416635

Hora: 22:28:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 186

SUS

ALCENOR JOSE DA CRUZ

Nasc.: 03/01/1950 Idade: 69 A, 7 M, 2 D

End.: ANTONIO BESERRA, 0 -

IBGE: 2204006 Cor: PARDA

Telefone: (86) 9990-97548

Profissão:

Bairro: CENTRO

Mãe: MARIA JOSINA DA SILVA

Celular: (86) 9990-97546

CPF: - RG: 2419408 - SUS: 708404739113860

Civil: VIUVO(A)

CEP: 64520-000

Cidade: FRANCINOPOLIS/PI

Pai: SEBASTIAO JOSE DA CRUZ

Clinica: ACOlhIMENTO

Documento: 170029 - VIANNIKA EVIWLDA COSTA LEAL

Responsavel: ALCENOR JOSE DA CRUZ - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.: 150x70mm

05/08/2019 22:28 0301060118 ACOlhIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☒ Sem

☐ Vermelho - Emergência

☒ Amarelo - Urgente

☐ Verde - Pouco Urgente

☐ Azul - Não Urgente

223508

Queixa principal: DOR NA PERNA

Vítima de trauma automobilístico na tarde de hoje, apresentando  
primariamente em M+E, com incunichamento médio referindo trauma em

Exame clínico/físico:

Nega Alegria

Dra. Viannika Evildada Costa Leal  
CCREN-PI 170.029 ENF

Diagnóstico provável:

Franco sem M+E

☐ NOTIFICAR?

Medicação:

Hospital Regional Justino Luz  
CENTRO DE ATENDIMENTO  
11/08/2019

Procedimentos/exames realizados:

01 GPO 700ml P 17+3

Ass. Técnico

72 Soluto R+cl M+E 1 ACOlh

21 Soluto univ. de Amig. 17+3

Tratado Mal. Med. al FVZ (E)

Jose Ayres Pedreira Junior  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM-PI 170.029 ENF

Dr. Guilherme Augusto  
CRM-PI 170.029 ENF

Responsavel: ALCENOR JOSE DA CRUZ

170029 - VIANNIKA EVIWLDA COSTA LEAL

Atendimento	1062843
Data:	06/08/2019
Hora:	11:25

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ  
PRAÇA ANTENOR NEIVA, 184  
PICOS/PI

Nº AIH

## BOLETIM DE ADMISSÃO

**416635 - ALCENOR JOSE DA CRUZ**

VIUVO(A) - Sexo: MASCULINO - Nascimento: 03/01/1950 - Cor/Raça: 03-PARDA

69 A, 7 M, 3 D

Clinica: CIRURGIÃO Enfermaria: 20- C. CIRURGICA - M Leito: C20/93 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 5111 - GUSTAVO TEIXEIRA FELIX DE ALMEIDA

CPF: RG: 2419408 CNS: 708404739113880 SIS Prenatal:

Endereço: ANTONIO BESERRA, Nº 0 - CEP: 64520-000 Bairro: CENTRO

Cidade: 2204006- FRANCINOPOLIS/PI Profissão: Telefone: (86) 9990-97546

Pai: SEBASTIAO JOSE DA CRUZ Mãe: MARIA JOSINA DA SILVA

Responsável: ALDEVAN JOSE DA CRUZ - (86) 9990-97546 - FILHO

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Hospital Regional Justino Luz  
CONFERE O LAUDO  
Dr. [Assinatura]

### Resultado

<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Removido	<input type="checkbox"/> -48 Horas
<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Pedido	<input type="checkbox"/> +48 Horas
<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Evasão	<input type="checkbox"/> Obito
<input type="checkbox"/> Piorado	<input type="checkbox"/> Indisciplina	

Transferido \_\_\_\_\_

### História Clínica

Diagnóstico Provável

GUSTAVO TEIXEIRA FELIX DE ALMEIDA





SECRETARIA  
ESTADUAL DA  
SAÚDE DO PIAUÍ



*J. Barroso*

NOME:

HD: *Fortuna Marcelo Med. al TN2*

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA: 08/08/2019

1. DIETA LIVRE

2. JELCO SALINIZADO

3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180 OU PAD>100 MMHG

4. DIPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h ~~S/N~~

5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8 S/N

6. TRAMADOL 100 MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8 h S/N

7. TILATIL 40MG + AD EV 12/12H

8. OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHA

9. SSVV + CCGG

10. *Cefalotina 1g v 6/6h*

11. *Carbamazepina 100mg*

12. *Hemograma completo*  
*coagulograma*

ALA C

APTO

LEITO

R. MET.

**RELATÓRIO DE ENFERMAGEM**

**HORÁRIO DE MEDICAÇÃO**

**OBSERVAÇÕES**

*José Ayres Pinheiro Junior*  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM 3424 TECT 41 S  
709 234.560, 976-11



SECRETARIA  
ESTADUAL DA  
SAÚDE DO PIAUÍ



20-93

NOME: <i>Alcides José da Costa</i>	ALA <i>C20</i>	APTO <i>93</i>	LEITO	R. MET.
ID: <i>Fratura metacarpo proximal 7º</i>	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>				
DATA <i>08/08/19</i>				
1. DIETA ORAL <i>DIET. DIABÉTICO, digestivo, leve</i>				
2. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (S/N)				
3. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 (S/N)				
4. OMEPRAZOL 40 MG VO ÀS 06 HORAS				
5. CAPTOPRIL 25MG - 01 COMP. V.O SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				
6. BROMOPRIDA 10MG - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (SN)				
7. INSULINA REGULAR SC CONFORME HGT: <i>180: 0 250: 300: 60U</i> <i>180: 200: 2 UI 300: 350: 80U</i> <i>200: 250: 40U 350: 400U</i>				
8. GLICOSE 50% 40ML IV SE HGT < 60MG/DL E CHAMAR O PLANTONISTA				
9. <del>CONTINUA DE 4/4 HORAS</del>				
<i>Dr. Gustavo Félix</i> <i>CRM-PI 1709516</i>				
		<i>At 11:00 Pac admitido PI TTD, Ortopedia Cirurgica - Condição Orientada, apresenta MIE, segue ao envolvimento.</i> <i>Dr. Luciano</i> <i>CRM-PI 450388</i>		
		<i>At 13:00h PA=130x70 mmHg T=36,8°C P=76,6 P.P.m PA=150x70 mmHg T=37,6°C P=81,6 P.P.m</i>		





SECRETARIA  
ESTADUAL DA  
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME: ALCENOR JOSE DA CRUZ	ALA C	ENF 20	LEITO 93	R. MET.
HID: FX DO TORNOZELO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b> DATA: 07/08/2019	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
1. DIETA ORAL LIVRE			Paciente no 3º DH, segue cond-	
2. JELCO HIDROLISADO			ciente, orientado, físico, hie-	
3. OMEPRAZOL 40 mg VO AS 06 HORAS			mizado, alimentação satisfatória,	
4. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	17/08/2019		evacuação e diurese presente,	
5. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h (SN)	24/08/2019		AVP no MSD, melhora da em-	
6. ONDANSETRONA 8mg - 01 AMP IV 8/8 HORAS (SN)			tensão febril em F.O. otite	
7. CAPTOPRIL 25MG - 01 COMP VO 8/8 h SE PAS > 160 MMHG E/OU PAD > 110 MMHG			med na M.E., com presença	
8. SSVV + CCGG			de secreção sanguinolenta	
			aplicado solução fisiológica	
			para limpeza SSVV - T: 38,4°C	
			F.C = 64 bpm, F.R = 18 irpm,	
			PA = 130x80 mmHg Est. fec.	
			enf. gelye / imictus	
			Cus 14:40 hs afundado SSVV	
			T = 36,5°C, PA = 120x80 mmHg	
			Est. fec. enf. gelye / imictus	
			35h - Afundado SSVV: pnt =	
			250x90 mmHg, T = 36°C	



SECRETARIA  
ESTADUAL DA  
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME: <i>Alcides José da Luz</i>	ALA C	APTO <i>020</i>	LEITO <i>93</i>	R. MET.
HD:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
PREScrição Médica	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
DATA: 08 / 08 / 2019			As 09:40h realizado curativo	
1. DIETA LIVRE	<i>Alcides</i>		no ME Te Freqüência 4x24h	
2. JELCO SALINIZADO			em 12:00h curado PA 160x90mm	
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180 OU PAD>100 MMHG			Ap. Te Freqüência 4x24h	
4. DAPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h S/N			2x 2h curado PA 160x90mm	
5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8 S/N				
6. TRAMADOL 100 MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8 h S/N				
7. TILATIL 40MG + AD EV 12/12h				
8. OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHA				
9. SSVV + CCGG				
<i>Ronald</i> Ronald Cordeiro Barros Ortopedista CRM 183-00				



**Dr. Pappan Xavier**  
Orthodontic & Traumatology  
Dental Officer, District & Satekhalo  
Dental Clinic, 237, LOT 15871



SECRETARIA  
ESTADUAL DA  
SAÚDE DO PIAUÍ



Alcener

NOME: Alcener José da Cruz	ALA 20	APTO 43	LEITO	R. MET.
HD: Fx T23	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES
DATA: 07/08/19				
1. DIETA GERAL.				
2. Scalp Salinizado				
3. RANITIDINA 25 MG/ML- 01 AMP + AD, IV, 8/8H	14 22 06			Paciente com
4. DULIRONA 1 G + AD EV 6/6 h SOS	6N			cefaleia, resaca de
5. TILATIL 20 MG EV 12/12 h	12 24			alcoól em M2C. Men
6. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 SOS	5N			com parox de dores
7. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA	5N			clique na região cingul
8.				PA 120/80 mmHg T36,7
9.				de cefaleia com 30% de
10.				06:00 PA 120/70 mmHg
11.				
8.				
9.				
10.				

Dr. Carlos Eduardo Benício  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI: 5274 / CRM-MA: 9618

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

2 - CNES: 4009622

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

4 - CNES: 4009622

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE: ALCENOR JOSE DA CRUZ

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 416635

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 798404739113860

8 - DATA DE NASCIMENTO: 03/01/1950

9 - SEXO: Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 2

10 - NOME DA MÃE: MARIA JOSINA DA SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO: (86) 9990-97546

12 - ENDEREÇO: ANTONIO BESERRA, 0 - CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: FRANCINÓPOLIS

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: 2204008

15 - UF: PI

16 - CEP: 64520-000

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

Presença de dor no dorso da cabeça e do pescoço, apresentando caráter em pontadas, por intermitência, fator foveado Tanylo (F).

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO:

Necessária cirurgia.

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

R.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Natureza Tanylo (F)

21 - CID PRINCIPAL: S82.6

22 - CID SECUNDÁRIO:

23 - CAUSAS ASSOC.

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Cirurgia

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 10408050573

26 - CLÍNICA: Cirto

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: Urgente

28 - DOCUMENTO: ( ) CNS (x) CPF: 036

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 114.63

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Jooi

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 06.08.19

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM): CRM 324-TEO 91.97

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRAB. TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA:

37 - Nº DO BILHETE:

38 - SÉRIE:

39 - CNPJ EMPRESA:

40 - CNAE EMPRESA:

41 - CBOR:

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

44 - Cód. ORGÃO EMISSOR: M220800001

45 - CODUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

**Dr. Osvaldo Alves Costa**  
Médico Auditor SMS - Picos  
Cartão SUS 100.590.547.630.000  
CPF: 011.641.413-49/CRM-PI 314

Assinatura paciente/Responsável:

*[Assinatura]*

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-301 - Picos-Pi

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE		SEXO	APTº	LEITO
Alcides Soares da Silva		M		
PRONTUÁRIO	CONVÊNIO	DATA	HORA	
416 635	SUS	12/08/2019		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				
Tumor Testículo (S)				
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA				
ATA	INÍCIO DA CIRURGIA	FIM DA CIRURGIA		
12-08-19				
CIRURGIA PROPOSTA		CIRURGIA REALIZADA		
Orquiectomia				
TIPO DE CIRURGIA: <input type="checkbox"/> ELÉTIVA <input type="checkbox"/> REINTERNAÇÃO				
<input type="checkbox"/> LIMPA <input checked="" type="checkbox"/> POTENCIALMENTE CONTAMINADA <input type="checkbox"/> CONTAMINADA <input type="checkbox"/> INFECTADA				
DESCRIÇÃO DA TÉCNICA / ACHADO CIRÚRGICO				
1. Paciente sob anest.				
2. Insufl.				
3. Exame físico normal				
4. Tumor testicular				
5. Testículo e f. testicular removido, f. testicular f. l.				
6. Testículo direito removido, f. testicular f. l.				
7. Insufl. normal				
8. Sem f.				
INTERCORRÊNCIAS				
ANTIBIOTERAPIA <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM				
ANATOMIA PATOLÓGICA <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM				
QUAIS:		Nº DE PEÇAS:		LOCALIZAÇÃO:
MATERIAIS ESPECIAIS <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> SÍNTESE/TIPO:				
<input type="checkbox"/> ÓRTESE/TIPO:				
MEDICAMENTOS UTILIZADOS				
TIPO DE ANESTESIA		ANESTÉSICO	DURAÇÃO	
ANESTESISTA				
CIRURGIÃO		CREMEB	ASSINATURA	
1º CIRURGIÃO AUXILIAR		CREMEB	ASSINATURA	
2º CIRURGIÃO AUXILIAR		CREMEB	ASSINATURA	

Nome: ALCENOR JOSE DA CRUZ  
Idade: 69a 8m 12d  
Data: 16/09/2019  
Solicitante: .  
Convênio: PARTICULAR  
Código: 61793

---

**RX DO PÉ ESQUERDO (02 INC.)**

**RELATÓRIO**

- Textura óssea reduzida.
- Material metálico de síntese fixando fratura nos maléolos lateral e medial.
- Demais estruturas ósseas visualizadas íntegras.
- Espaços articulares preservados.
- Placas parietais de calcificação nas artérias tibiais e dorsal do pé.
- Entesopatia aquileana e plantar de calcâneo.



**Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto**  
CRM 3255

ALCENOR JOSE DA CRUZ  
Sexo Masculino  
Idade 69 Anos

Data de aquis.: 16/9/2019  
Hora de aquis.: 11:36:22



**Esq.**

Exame: NÃO\_ESPECIFICADO  
Índice de exp 2964  
Méd. Solic.

CLINICA ANTONIO BOMFIM VALENÇA - PI





João Aires Pedreira (an...  
 510...  
 001 436 7874 07  
 020 036 08476..

At Taylor & Francis

[illegible]

NOME: <i>Alcides José da Cruz</i>	ALA C <i>20</i>	APTO	LEITO <i>93</i>	R. MET.
HD: <i>FX TNE</i>	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
DATA: 13 / 08 / 2019				
1. DIETA LIVRE	S/N		As 04:00 hrs Paciente consciente, bem hidratado, com diátese, teste de	
2. JEICO SALINIZADO	Atenção		ambivalência após com apoio físico	
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180 OU PAD>100 MMHG	S/N		sem sinais de hipertensão e edema	
4. DAPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h S/N	S/N		sem sinais de retenção	
5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8 S/N	S/N		sem sinais de náusea e vômito	
6. TRAMADOL 100 MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8 h S/N	S/N		sem sinais de dor	
7. TILATIL 40MG + AD EV 12/12H	12/24		sem sinais de dor	
8. OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHA	12/24		sem sinais de dor	
9. SSVV + CCGG	12/24		SSVV P.A = 120x70 mmHg Tax = 36,8°C	
10 - Cimetidina 400mg VO 12/12h	12/24		Tax = 36,8°C, com 124/36	
11 - Cimetidina 400mg VO 12/12h	12/24		Tax = 36,8°C, com 124/36	

*[Handwritten signature]*  
 13/08/2019  
 14/08/2019

*14/08/19*  
*atle hospital*

*[Handwritten signature]*  
 14/08/2019

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-301 - Picos-PI

## LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA PERIOPERATÓRIA

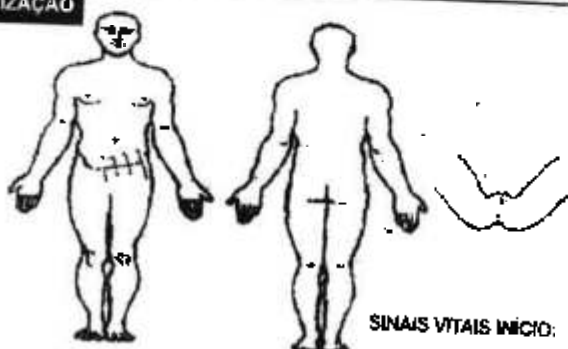
Usuário: Alcides da Cruz ☐ ☐ Prontuário: \_\_\_\_\_  
D.N.: 03 / 01 / 1950 Sexo: (M) F: \_\_\_\_\_  
Procedimento Cirúrgico: Intussuscepção pré-torcida torçã Data Cirúrgica: 12 / 08 / 2019

Antes da indução anestésica	Antes da incisão cirúrgica	Antes da saída do paciente da sala cirúrgica
(Na presença de, pelo menos, membro da equipe de enfermagem e do anestesiológico)	(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e o cirurgião)	(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e o cirurgião)
O paciente confirmou a sua identidade, o local da cirurgia, o procedimento a seu consentimento? <input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Confirmar que todos os membros se apresentaram, indicando seu nome e sua função	Membros da equipe de enfermagem confirma verbalmente:
O local está demarcado? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicável	<input checked="" type="checkbox"/> Confirmar o nome do paciente, o procedimento e onde será aplicada a incisão	<input type="checkbox"/> O nome do procedimento
Foi concluída a verificação do equipamento de anestesiologia e da medicação? <input checked="" type="checkbox"/> Sim	A profilaxia antimicrobiana foi administrada nos últimos 60 minutos? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <u>Hospital Regional Justino Luz</u> <input type="checkbox"/> Não aplicável <u>com o cirurgião</u>	<input type="checkbox"/> A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas
O oxímetro de pulso está colocado no paciente e funcionando? <input checked="" type="checkbox"/> Sim	Prevenção de eventos críticos para o Cirurgião: <input type="checkbox"/> Quais são as etapas críticas ou não rotineiras? Qual duração do caso? <input type="checkbox"/> Qual quantidade de perda de sangue prevista?	<input type="checkbox"/> A identificação das amostras (ler as identificações das amostras em voz alta, inclusive o nome do paciente)
O paciente possui: Alergia conhecida? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Para o anestesiológico: <input type="checkbox"/> Há alguma preocupação especificamente relacionada ao paciente?	<input type="checkbox"/> Se há quaisquer problemas com os equipamentos a serem resolvidos
Via aérea difícil ou risco de aspiração <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, equipamentos/assistência disponíveis	Para equipe de enfermagem: <input type="checkbox"/> Foi confirmada a esterilização incluindo os resultados dos indicadores? <input type="checkbox"/> Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?	Para o Cirurgião, o Anestesiológico e Equipe de Enfermagem: <input type="checkbox"/> Quais são as principais preocupações para a recuperação e manejo deste paciente?
Risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg para crianças)? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, e 2 acessos intravenosos/ou 01 acesso central e fluidos previstos	Os exames de imagem essenciais estão disponíveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não aplicável	
		assinatura-COREN

## REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

CIRCULANTE: Georgina Oliveira SALA Nº 04  
ENTRADA NA SO 17:30 INÍCIO DA ANESTESIA: 17:45 INÍCIO DA CIRURGIA 17:50  
SAÍDA DA SO \_\_\_\_\_ TÉRMINO DA ANESTESIA \_\_\_\_\_ TÉRMINO DA CIRURGIA \_\_\_\_\_  
CIRURGIA PROPOSTA: Fratura torçozelo esquerda  
CIRURGIA REALIZADA: osteossíntese fratura torçozelo esquerda  
CIRURGIÃO: Dr. Ayres Júnior ANESTESIOLOGISTA: Dr. Cavalcante INSTRUMENTADOR \_\_\_\_\_  
ASSISTENTES: 1º \_\_\_\_\_ 2º \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

### MONITORIZAÇÃO



### SÍMBOLOS

- ☐ PLACA DE BISTURI ELÉTRICO
- ☐ ELÉTODOS
- ☐ INCISÃO CIRÚRGICA
- ☐ OXIMETRIA DE PULSO
- ☐ PANI

SINAIS VITAIS INÍCIO: PA 140x85 SATO 95% FC 76  
SINAIS VITAIS TÉRMINO PA 101x77 SATO 96% FC 69

### TIPO DE ANESTESIA

- ☐ BLOQUEIO - SEDAÇÃO
- ☐ BLOQUEIO AXILAR
- ☐ BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2
- ☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL
- ☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMULI PLEX
- ☐ BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20
- ☐ BLOQUEIO PERIBULBAR
- ☐ GERAL COMBINADA (V+I)
- ☐ GERAL INALATÓRIA
- ☐ GERAL VENOSA
- ☐ LOCAL
- ☐ PERIDURAL
- ☐ SEDAÇÃO
- ☐ SEDAÇÃO + LOCAL
- ☐ TÓPICA
- ☐ GERAL
- ☒ Raqui
- ☐ COM CATETER
- ☐ SEM CATETER

- ☐ TUBO ENDOTRAQUEAL Nº \_\_\_\_\_
- ☐ COM CLIFF
- ☐ SEM CLIFF
- ☐ MÁSCARA LARÍNGEA Nº \_\_\_\_\_
- ☐ OUTRAS \_\_\_\_\_

### POSIÇÃO INTRA-OPERATÓRIA

- ☒ DORSAL
- ☐ VENTRAL
- ☐ GINECOLÓGICA
- ☐ LITOTÔMICA
- ☐ LATERAL ESQUERDO
- ☐ LATERAL DIREITO
- ☐ SENTADA
- ☐ SEMI-FOWLER
- ☐ TRENDELEMBURG

### PREPARO DA PELE

- DEGERMAÇÃO ANTI-SEPSIA REALIZADA POR
- ☒ PVPI DEGERMANTE
- ☐ PVPI ALCOOLICO
- ☒ EQUIPE MÉDICA
- ☐ SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA
- ☐ CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO
- ☐ EQUIPE ENFERMAGEM
- ☒ PVPI TÓPICO

### PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ☐ CATETERISMO VESICAL
- ☐ TRICOTOMIA
- ☐ PASSAGEM SNG
- ☐ FUNÇÃO VENOSA
- ☐ MSD
- ☐ MSE
- ☐ ASPIRAÇÃO
- ☐ OUTROS \_\_\_\_\_
- ☐ GLICEMIA CAPILAR \_\_\_\_\_ mg/dl

- ☐ SONDA URETRAL Nº \_\_\_\_\_
- ☐ SONDA FOLEY Nº \_\_\_\_\_
- ☐ COLETOR
- ☐ UROSTOP
- ☐ AP BARBEAR \_\_\_\_\_ UND.
- ☐ SNG Nº \_\_\_\_\_
- ☐ Sonda de ASPIRAÇÃO Nº \_\_\_\_\_
- ☐ JELCO Nº \_\_\_\_\_
- ☐ LANCETA \_\_\_\_\_ UND.

### GARROTEAMENTO

- TIPO ☐ FAIXA DE SMARCH \_\_\_\_\_ UND.
- LOCALIZAÇÃO ☐ BRAÇO ☐ ANTEBRAÇO
- TEMPO INÍCIO \_\_\_\_\_ TÉRMINO \_\_\_\_\_
- ☐ GARROTE PNEUMÁTICO \_\_\_\_\_ mmHg
- ☐ COXA
- ☐ PANTURRILHA
- ☐ NÃO SE APLICA

### SERVIÇOS SOLICITADOS

- ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA
- ☐ LABORATÓRIO
- ☐ RX
- ☐ NÃO
- ☐ SIM
- ☐ INTENSIFICADOR DE IMAGEM
- ☐ OUTROS \_\_\_\_\_
- LOCAL \_\_\_\_\_ Nº DE FRASCOS \_\_\_\_\_
- NÃO SE APLICA

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos - PI

## FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE <i>Alcener José da Cruz</i>				DATA <i>12/08/2019</i>	PRONTUÁRIO	LEITO
PROCEDIMENTO <i>Artroscopia fratura tornozelo esquerda</i>				SALA <i>04</i>		
MATERIAL DE CONSUMO				QUANT.	UND.	TOTAL
SERINGA 1 ML 3 ML						
SERINGA 5 ML/10 ML				<i>1/02</i>		
SERINGA 20 ML						
KIT ACESSO CENTRAL						
SONDA DE ASPIRAÇÃO						
AGULHA 40X12				<i>03</i>		
ALGODÃO						
ÁGUA DESTILADA				<i>02</i>		
VPI <i>100/100</i>				<i>200ml</i>		
SONDA VESICAL						
COLETOR DE URINA						
ESCOVA COM DEGERMANTE				<i>03</i>		
ATADURA COM CREPOM <i>15cm</i>				<i>02</i>		
ATADURA GESSADA						
ATROPINA						
KETALAR						
DIMORF						
NEOCAÍNA PESADA <i>amp</i>				<i>01</i>		
LIDOCAÍNA <i>amp</i>				<i>01</i>		
PROFANOL						
MIDAZOLAN						
DIAZEPAN						
TIOPENTAL						
EFORTIL						
DIPIRONA						
CEFAZOLINA <i>ig</i>				<i>02</i>		
FENTANIL						
FLUMAZENIL						
PLASIL						
VITAMINA K						
VITAMINA A						
OCITOCINA						
METHERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-GUT-CROMADO						
FIO DE ALGODÃO						
NYLON <i>nº 30</i>				<i>02</i>		
VYCRIL <i>nº 10</i>				<i>03</i>		
PROLENE						
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE <i>pac e/und</i>				<i>04</i>		
ESPARADRAPO <i>cm</i>				<i>20</i>		
LÂMINA DE BISTURI						
LUVA ESTÉRIL <i>nº 80/7.5</i>				<i>04/03</i>		
LUVA DE PROCEDIMENTO				<i>03</i>		
SORO FISIOLÓGICO 0.9% <i>pac e/und</i>				<i>04</i>		
SORO GLICOSADO 5%						
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
AQUIPO						
AGULHA DE RAQUE				<i>01</i>		
TNOXICAM						

USO DA SALA		
INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO
OPERAÇÃO		
CIRURGIÃO		
AUXILIAR		
ANESTESISTA		
TIPO DE ANESTESIA		
INSTRUMENTADOR		
OCORRÊNCIAS		

*Assinatura do Médico*  
MÉDICO: *Dr. Agnes de*

*Assinatura da Enfermeira*  
ENFERMEIRA(O):

*Assinatura do Técnico de Enfermagem*  
TÉC. ENFER.: *Guilherme / 5.19.100*

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-391 - Picos-PI

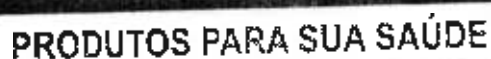
# FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE:										Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA					
EXAMES DE SANGUE	GRUPO SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA					
EXAMES DE URINA											
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA											
SISTEMA CIRCULATÓRIO											
SISTEMA RESPIRATÓRIO											
SISTEMA DIGESTIVO											
ESTADO MENTAL											
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO											
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)											
APLICADO ÀS											
EFEITOS											
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO							TOTAL DE DOSES		
		1									
		2									
		3									
LÍQUIDOS		SO. UTO	500								
		SANGUE	300								
		OUTROS	100								
TEMPERATURA		Cº	26								
			24								
P. ARTERIAL		38	2								
V. O. PULSO			200								
			180								
INÍCIO E FIM ANESTESIA		X	160								
			140								
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO			120								
			100								
RESPIRAÇÃO		O	80								
			60								
			40								
			20								
			10								
SÍMBOLOS											
TÉCNICAS											
OPERAÇÕES											
CIRURGIÕES											
ANESTESISTAS											
PARTICULARIDADES											
DURAÇÃO											
INCIDENTE / ACIDENTE											
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS:											

Delegado de Saúde  
Dr. João de Deus Silva Junior  
Assessor de Saúde  
Assessor de Saúde  
Assessor de Saúde

Narcotina Paralela  
Ney  
Amol 100%  
Cefalotina 2g





**PROTEPI - PRODUTOS TECNOLÓGICOS DO PIACI LTDA.**  
CNPJ: 12.583.959/0001-14 • INSC. ESTADUAL: 19.479.154-8  
Av. Frei Serafim, 1838, Salas 01 e 03, Centro • CEP: 64.000-020 • Teresina - PI  
Fone: (86) 98884-6757 • Fone/FAX: (86) 3217-3490  
protepi@protepi.com / protepicitacao@gmail.com

Nome do Hospital: Hospital Regional Heratino Paz

CNPJ: \_\_\_\_\_

Assinatura: C. G. B. B.

Cargo: Auto Equip

Name: Chloe Anderson

Código ROPM Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL
	<p>1 Placa de P. GF            3 P. central nº 12            2 P. central nº 18            1 - 11 - 11 - 11 20</p> <p style="text-align: right;">CX 3.5"</p>
	<p>2. Material para a construção            do sistema de controle            e monitoramento</p>

Comunicação ao Fornecedor acerca que utilizamos o(s) material(is) aqui discriminados do paciente abaixo:

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 12/08/19 DATA DA ALTA: 1/1/19

PACIENTE-Name: Abdullah J. Al-Masri

Nº A/H: \_\_\_\_\_

Nº do Prontuário: \_\_\_\_\_ Data da Intervenção: 03/08/17

Procedimiento Médico Realizado: Intervención para extracción de

Indicador de Compatibilidade: \_\_\_\_\_

100% cotton lining  
- 100% cotton lining -  
- 100% cotton lining -  
- 100% cotton lining -



Alto nível de cura

Atletas

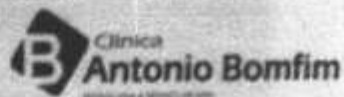
Atleta possui dor no joelho que  
 o impede de fazer um levantamento  
 de peso de 100kg (E)  
 Reduzido tempo de recuperação  
 Esta lesão de artroscopia  
 com perda de 30% do volume do  
 joelho (E) e artrose

(17/11/19 + 17/11/19)

17/11/19

Dr. Fco. das Chagas B. Sousa  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM 3920

Nome: ALCENOR JOSE DA CRUZ  
Idade: 69a 11m 9d  
Data: 13/12/2019  
Solicitante: FRANCISCO DAS CHAGAS B SOUSA  
Convênio: PARTICULAR  
Código: 61793



**RX DO TORNOZELO ESQUERDO (02 INC.)**

**RELATÓRIO**

- Textura óssea reduzida.
- Material metálico de síntese fixando fratura nos maléolos lateral e medial.
- Demais estruturas ósseas visualizadas íntegras.
- Espaços articulares preservados.
- Placas parietais de calcificação nas artérias tibiais e dorsal do pé.
- Entesopatia aquiliana e plantar de calcâneo.

Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto  
CRM 3255

Paciente: ALCEMOR JOSE DA CRUZ


Endr: Rua 11m 90

Data: 13/12/2013

Solicitante: FRANCISCO DAS CHAGAS E SOUSA

Convênio: PARTICULAR

Código: 61793

 **Dr. Antonio Scrimfim**  
Ortopedista

## RX DO TORNOZELO ESQUERDO (02 INC.)

### RELATÓRIO

- Textura óssea reduzida.
- Material metálico de síntese fixando fratura nos maléolos lateral e medial.
- Demais estruturas ósseas visualizadas íntegras.
- Espaços articulares preservados.
- Placas parietais de calcificação nas artérias tibiais e dorsal do pé.
- Entesopatia esquelena e planter de calcâneo.



Dr. Pedro de Paula Bonfim Neto  
CRM 3255

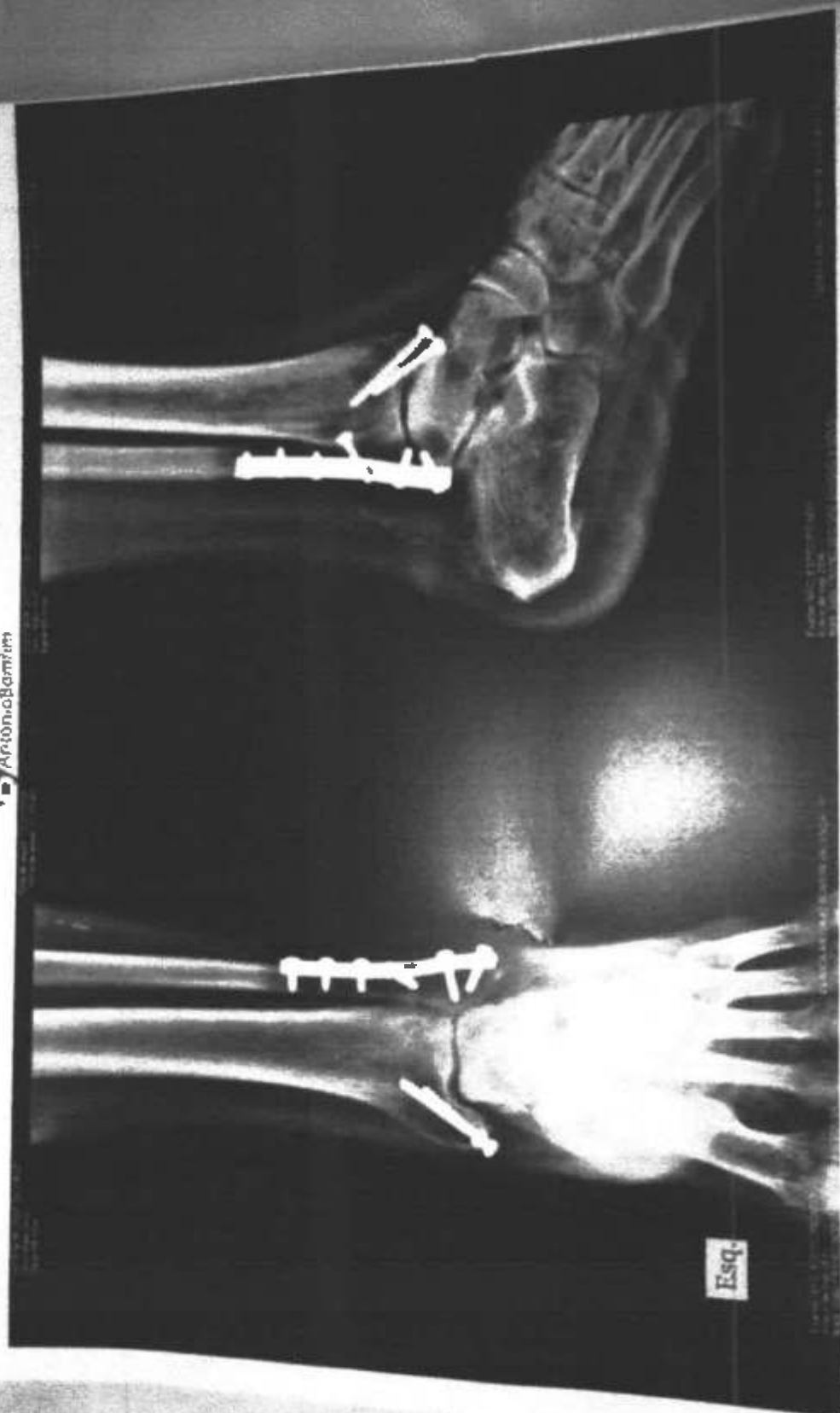




Imagem para a esquerda: tibia, 20% do comprimento da tibia, com placa e parafusos. Imagem para a direita: tibia, 20% do comprimento da tibia, com placa e parafusos.

Esq.

Antonio Bonini





## CERTIDÃO

Nº. 1699/2017

Atendendo solicitação de IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº41181 pertencente a **WELLYSSON RYAN GOMES DA SILVA** que foi atendido dia 01/07/2017 às 20H59min, vítima de queda de moto, apresentando trauma pé esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do 5º metatarso. Tratamento conservador.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dató e assino a presente certidão.

João Pessoa, 20 de novembro de 2017

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 2959

CNPJ 08.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Av. Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - CEP 58053-900  
João Pessoa - PB

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 808/003, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1747375, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **WELLYSSON RYAN GOMES DA SILVA** idade 21 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 01/07/2017, na Av. Brasil, Bairro: Sesi - Bayeux - aproximadamente às 19:55 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcísio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 01 de Agosto de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto  
Estatístico

CPF nº 401711

**SAMU 192 JP**  
Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JUIZ DE DELS MARTINS



POLEGAR DIREITO



Não alfabetizado

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

IDENTIFICAD. 2.119.408 DATA DE EMISSÃO 12.03.2002

NOME ALCENOR JOSÉ DA CRUZ

PAIÃO Sebastião José da Cruz  
MÃE Maria Josina de Silva

Regeneração, Piauí 03.01.1950

DOC. CIVIL Casmt. 273. Liv. 02. Fls. 170. 2ª of  
Exp. em Francinópolis, Pi. a 27.07.69.

Assinatura do Titular

ASSINADO QUEM  
ESTÁV. 11852 29.08.03

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
030.110.373-96

Nome  
ALCENOR JOSE DA CRUZ

Nascimento  
03/01/1950

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



V-02  
 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 ESTADO DA PARAIBA  
 SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Wellysson Ryan Gomes da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.655.062 2 VIA DATA DE EXPIRAÇÃO 04/06/2015

NOME WELLYSSON RYAN GOMES DA SILVA

FILIAÇÃO EDSON PEREIRA DA SILVA  
 ROSINALVA GOMES DA SILVA

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 18/10/1995

DOC ORDEM NASC.N. 45443 FLS. 288V LIV. A43  
 CARTÓRIO BAYEUX, PB

CPF 123.347.264-00

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/06/03



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PI

Nº 011547936228

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

009028916

2407 0110 1228 1 01076886512 2016

CARLENTA DA SILVA

9401 544F 6904 0074 8403 2116

03090423308

PIQ-0721

9C2JB0100GR022167

PAS/MOTOCICLO/MENINHA

GRASOLINA

HONDA/POP 110I

2015 2016

02P/0109CC

PARTIC

PRETA

1 P

IPVA

2 V

PAGO

3 A

PAGO

PBT: 000,24

ALIANÇA FIDUCIARIA  
ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA

FRANCINOPOLIS

24/02/2016

Ass: [Assinatura] 24/02/2016  
Diretor Geral do Detran - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS-PERSSOAS CAUSADOS POR VEICULO  
AUTOMOTIVO SEU INTERESSE: QUERER SEU CARGA-PESSOAS  
TRANSFERRIR O RISCO/SEGURO DPVAT

PI Nº 011547936228

BILHETE DE SEGURO DPVAT

03090423308

PIQ-0721

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 922 1204

2016 24/02/2016

1 03090423308

PIQ-0721

01076886512 HONDA/POP 110I

2015 9C2JB0100GR022167

PRÊMIO TÁXIFARIO

000,00 000,00

000,00 000,00

00/00/0000

SEGURADORA LIBER - DPVAT

CHPJ 08.348.006/0001-04  
[www.seguradoraliber.com.br](http://www.seguradoraliber.com.br)

450-2014

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PI

Nº 011547936228

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

009028916

2016

2407  
0110  
1228

1 01076886512

CARLENTA DA SILVA

9401  
544F  
B904  
C074  
B403  
2116

03090423308

PIQ-0721

9C2JB0100GR022167

PAS/MOTOCICLO/MENINHA

GRASOLINA

HONDA/POP 1101

2015 2016

02P/0109CC

PARTIC

PRETA

1  
V  
A

PLUG 1PVA

PARCELAMENTO/OTRAS

1º 2º 3º

PAGO

00000000

SEGURO

PREMIUM

PAGO

PBT: 000.24

ALIANÇA FIDUCIARIA  
ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA

FRANCINOPOLIS

24/02/2016

Ass: [Assinatura] do Sr. João Lúcio  
Diretor Geral do Detran - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS-PERSONAS CAUSADOS POR VEICULO  
AUTOMOTIVO SEU INTERESSE: QUANTO A CARGA, PESSOAS  
TRANSFERRIDAS OU RAO/SEGURO DPVAT

PI Nº 011547936228

BILHETE DE SEGURO DPVAT

03090423308

PIQ-0721

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 922 1204

2016 24/02/2016

1 03090423308

PIQ-0721

01076886512 HONDA/POP 1101

2015 9C2JB0100GR022167

PRÊMIO TÁXIFARIO

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CHUV 08.345.000 0601-04  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

450-2014

DESTINATÁRIO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

ENDEREÇO: RUA SENADOR DANTAS, Nº 74, 15ª ANDAR

CENTRO - RIO DE JANEIRO - RJ - CEP DE Nº 20031-205

Correios REGISTRADO URGENTE  
registered priority

RECEBIDO (kg)  
weight

Recebido AR MP

Assinatura Doc.

JU 50473017 6 BR



95.03.20

REMETENTE

IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE

(SIQUEIRA E FREIRE ADVOGADOS).

REFERENTE AO ACIDENTE DE WELLYSSON RYAN GOMES DA SILVA

ENDEREÇO: AVENIDA CRUZ DAS ARMAS, 2528, SALA Nº 04-TERREO.

CRUZ DAS ARMAS- JOÃO PESSOA-PB- CEP DE Nº 58087-000





**PROCURAÇÃO E DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante infra qualificado confere aos mandatários, também qualificados, os poderes abaixo transcritos:

**OUTORGANTE:** Willysson Ruyon Gomes da Silva

**Nacionalidade:** João Pessoa **Estado civil:** Solteiro **profissão:**

**CPF nº** 123.347.264-00 **RG de nº**

**Endereço:** Bairro: R. Rui Barbosa, nº 100

**CEP:** 58.306-370

**Não Possui endereço Eletrônico, Nº do PIS/NIT:**

**OUTORGADOS:** Joacil Freire da Silva Júnior, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB nº. 22.711. Izabela Roque de Siqueira Freitas e Freire, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB nº. 21.953. Mirtes Rodrigues de Lucena, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB nº. 22.000 e Cíntia Beatriz Roque de Siqueira Freitas, bacharula em Direito, portadora do CPF sob o nº 087.761.154-88, ambos com escritório profissional na Av. Cruz das Armas, nº 2528, sala nº 04, Cruz das Armas, João Pessoa/PB, CEP nº 58087-000, Endereço eletrônico: sofadvogados@gmail.com, telefone: (83) 98719-3539 / 98758-7091.

**PARA O FIM ESPECIAL DE:** Ingressar com ação judicial e/ou medida extrajudicial.

**DOS PODERES:** confere poderes para praticarem todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, podendo perante qualquer Vara, Tribunal ou Instância repartições públicas federais, estaduais e municipais, entidades autárquicas e paraestatais, pessoas físicas e jurídicas, de direito privado ou público, podendo ainda os outorgados nesta cidade ou onde se apresentarem-se com esta, fazerem carga de processos, defenderem os meus interesses e direitos perante qualquer juízo ou administração, em qualquer pleito iniciado ou por se iniciar, em que for autor ou réu, oponente ou assistente, proporem, requerimentos e ações contra quem de direito, requererem benefícios, variarem, renovarem, transigirem, fazerem acordos, receberem e darem quitação, confessarem, prestarem declarações, interporerem todos os recursos legais para qualquer tribunal ou instância, desistirem e assinarem desistências de ações, prestarem compromissos, levantarem alvarás, receberem citação e intimação. Finalmente, por lei, conferimos, ainda, aos outorgados, os poderes, por mais especiais que sejam, podendo renunciar aos valores que ultrapassaram o teto delimitador da competência dos JEFs, ao tempo do ajuizamento da ação, para defenderem a execução deste mandato, inclusive aqueles que dependam de delegação especial e que não estejam, aqui, expressamente, mencionados, dando tudo por bom, firme e valioso, podendo substabelecerem o presente mandato com ou sem reserva de poderes, tudo limitado ao fim especial constante do cabeçalho.

**DA HIPOSSUFICIÊNCIA:** Declara ainda o(a) outorgante(s), nos termos da Lei nº 7.115, de 29/08/1989 e ainda, com a finalidade de obter a gratuidade da justiça (Lei de nº 1.060, de 05/02/1950, que não possui condições econômico-financeiras de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do sustento próprio e/ou da família, estando ciente de que, se falsa for esta declaração, incorrerá nas penas do crime do art. 299 do CPB (falsidade ideológica).

**DO CONTRATO DE HONORÁRIOS:** Ressalta-se que declara o(a) outorgante(s), esta ciente e ainda se compromete a efetuar o pagamento aos outorgados, no percentual de 30% (vinte por cento), a título de honorários advocatícios, de tudo o que vier a receber com o êxito processual, mediante acordo ou resolução extrajudicial, que ocorra a partir da data de assinatura desta procuração, em favor dos advogados supracitados, daquilo que for condenado/acordado, servindo este instrumento como prova de contratação.

João Pessoa/PB, 13-08-2018

Willysson Ruyon Gomes da Silva  
OUTORGANTE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190637381

**Cidade:** Francinópolis

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ALCENOR JOSE DA CRUZ

**Data do acidente:** 04/08/2019

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de tornozelo esquerdo

**Descrição do exame físico:** Paciente apresenta déficits de movimentos em Tornozelo esquerdo. Apresenta déficits de flexão dorsal (realiza 0-25), flexão plantar (realiza 0-20), abdução (realiza 0-15) e adução (realiza 0-15) de tornozelo esquerdo. Dor à mobilização e déficit de força grau 3. Edema (2+/3+).

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico. Desenvolveu artrose. Realizou fisioterapia. Refere alta médica.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 04/02/2020

**Conduta mantida:** Sim

**Observações:** Nota do revisor: "PI" pago anteriormente (Líder): 12,5%. Conduta mantida. Procedida avaliação médica na cidade de Picos.

## 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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190637381

**Cidade:** Francinópolis

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ALCENOR JOSE DA CRUZ

**Data do acidente:** 04/08/2019

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de tornozelo esquerdo

**Descrição do exame físico:** Paciente apresenta déficits de movimentos em Tornozelo esquerdo. Apresenta déficits de flexão dorsal (realiza 0-25), flexão plantar (realiza 0-20), abdução (realiza 0-15) e adução (realiza 0-15) de tornozelo esquerdo. Dor à mobilização e déficit de força grau 3. Edema (2+/3+).

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico. Desenvolveu artrose. Realizou fisioterapia. Refere alta médica.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 04/02/2020

**Conduta mantida:** Sim

**Observações:** Nota do revisor: "PI" pago anteriormente (Líder): 12,5%. Conduta mantida. Procedida avaliação médica na cidade de Picos.

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190637381 **Cidade:** Francinópolis **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALCENOR JOSE DA CRUZ **Data do acidente:** 04/08/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 14/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO  
ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PG 12 - CIRURGIA  
PG 14 - IMAGEM

**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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190637381 **Cidade:** Francinópolis **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALCENOR JOSE DA CRUZ **Data do acidente:** 04/08/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 24/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

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

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** SINISTRO COM PAGAMENTO EM GRAU MODERADO PARA O TORNOZELO ESQUERDO.  
@PG 1 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA 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 tornozelo	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190637381 **Cidade:** Francinópolis **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALCENOR JOSE DA CRUZ **Data do acidente:** 04/08/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 19/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO  
ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PG 12 - CIRURGIA  
PG 14 - IMAGEM

**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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190637381 **Cidade:** Francinópolis **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALCENOR JOSE DA CRUZ **Data do acidente:** 04/08/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 24/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

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

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** SINISTRO COM PAGAMENTO EM GRAU MODERADO PARA O TORNOZELO ESQUERDO.  
@PG 1 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA 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 tornozelo	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Outorgante/vítima não alfabetizado)

OUTORGANTE/VÍTIMA: ALCENOR JOSE DA CRUZ, nacionalidade BRASILEIRO, estado civil SOLTEIRO, profissão APRESENTADO, portador(a) do RG nº 2.417.408, Expedido por SSP-PZ e do CPF nº 030.110373-96, residente e domiciliado na Av. A. A. M. BEZERRA nº 516, bairro URBANO, CEP 64.520-000, cidade/estado FRANCINÓPOLIS-PE, que foi vítima de acidente/sinistro ocorrido em 1/1, POR ESTAR IMPOSSIBILITADO DE ASSINAR ESTA PROCURAÇÃO PARTICULAR POR NÃO SER ALFABETIZADO e, REGISTRADO A MARCA DIGITAL DE SEU POLEGAR DIREITO, ASSINANDO A ROGO dele(a) FRANCISCO DE SOUSA MIRANDA, nacionalidade BRASILEIRO, estado civil CASADO, profissão AUXILIAR, portador do RG nº 926.894, bairro ZONA RURAL, CEP 64.520-000, cidade/estado FRANCINÓPOLIS-PE.

NOMEIAM E CONSTITUEM COMO OUTORGADO E BASTANTE PROCURADOR PARTICULAR:

NOME, pessoa física/jurídica, inscrita no CPF/CNPJ nº 049.394.433-53, nome fantasia ADRIANA, neste representada por ADRIANA CARLA DE S. SILVA, pessoa física, portador do CPF nº 049.394.433-53 com endereço comercial na Av. 13 de Maio nº 125, bairro CENTRO, cidade/estado FRANCINÓPOLIS-PE, CEP 64.325-000, telefone 3325-000, conferindo-lhe os seguintes poderes:

- Ingressar com pedido, interpor recursos administrativos e legais cabíveis, convir e reconhecer a procedência do pedido, preencher e assinar em nome do(a) Outorgante/vítima quaisquer formulários obrigatórios exigidos pelas Seguradoras, desde que os dados do beneficiário sejam únicos e exclusivamente do(a) Outorgante/vítima, fazer acordos, desistir, receber informações, solicitar agendamento ou reagendamento de perícias médicas, acompanhar a realização de perícias médicas, contestar pareceres e solicitações de documentos, solicitar rescisão do pedido, especialmente junto à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A ou junto a qualquer outra Seguradora, tudo com o fim especial de recuperar a indenização devida do Seguro DPVAT e/ou de Seguro de Vida do(a) Outorgante/vítima, nas modalidades de cobertura por Morte e/ou Invalidez Permanente Total ou Parcial e/ou Despesas Médicas Hospitalares, bem como ainda Seguros de Vida, Seguros de Responsabilidade Civil Facultativa e quaisquer outras coberturas contratadas e de direito do(a) Outorgante/vítima.

- Solicitar e receber cópias de documentos e informações, tais como Boletim de Ocorrência, Termos de Declarações, Prontuários, junto à Polícia Civil, Polícia Militar Rodoviária Federal e/ou Estadual, Polícia Militar e junto à Hospitais Públicas ou Privadas e/ou quaisquer Serviços de Saúde, onde o(a) Outorgante/vítima tenha documentos relacionados ao seu acidente/sinistro;

- Representar o(a) Outorgante, se for o caso, junto à qualquer agência do INSS, e junto a qualquer órgão público, para fins de protocolo de qualquer requerimento, pedidos de agendamento de perícias, pedidos de recursos e quaisquer outros pedidos administrativos com fim especial de obter eventuais benefícios previdenciários e assistenciais a que o(a) Outorgante/vítima tenha direito em decorrência de seu acidente/sinistro.

Local e data: Francinópolis - PE 24.10.2019



Francisco de Sousa Miranda

Nome de quem vai assinar a rogo  
(firma reconhecida por autenticidade/verdadeira)



Testemunha 1

Assinatura: [assinatura]  
Nome: João Sandoval Palhares da Silva  
CPF: 771.688.873-00

Testemunha 2

Assinatura: [assinatura]  
Nome: Carlos Adriano de Sousa Silva  
CPF: 504.034.003-68



RECONHECER A ASSINATURA POR AUTENTICIDADE TANTO DE QUEM ESTA ASSINANDO A ROGO PELO OUTORGANTE NÃO ALFABETIZADO, QUANTO DE QUEM ASSINA COMO TESTEMUNHAS.

COMARCA DE FRANCINÓPOLIS - PI.  
CARTÓRIO ÚNICO

Reconheço verdadeira a firma Esboço de Sousa Silva

Em testº da verdade [assinatura] Dou fé  
Francinópolis (PI) 24 / 10 / 20 19

Escrivão Judicial  
CARTÓRIO ÚNICO DE FRANCINÓPOLIS-PI.  
Ireno Luciano Rodrigues  
Escrivente Designado  
Matrícula: 4149823

Cartório 1º Ofício de Elesbão Veioso

Reconheço a Firma Esboço de Sousa Silva

( ) Semelhança

(x) Autenticidade

Em: 30 / 10 / 20 19

João Batista Nunes de Sousa  
Tabelião Público

UNIDAL DO OFÍCIO ÚNICO DE  
R. Francisco Leite Pereira



Geanne Gleyse Vieira Santos  
Escrivente Autorizada

UNIDAL DO OFÍCIO ÚNICO DE  
R. Francisco Leite Pereira  
Nº 25, Centro



Geanne Gleyse Vieira Santos  
Escrivente Autorizada

Cartório 1º Ofício de Elesbão Veioso

Reconheço a Firma Esboço de Sousa Silva

( ) Semelhança

(x) Autenticidade

Em: 30 / 10 / 20 19

João Batista Nunes de Sousa  
Tabelião Público

**PROCURAÇÃO E DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante infra qualificado confere aos mandatários, também qualificados, os poderes abaixo transcritos:

**OUTORGANTE:** Wellysson Ruyon Gomes da Silva

**Nacionalidade:** João Pessoa **Estado civil:** Solteiro **profissão:**

**CPF nº:** 123.347.264-00 **RG de nº**

**Endereço:** Quilombo Rodrigues, Muroa

**CEP:** 58.306.370

**Não Possui endereço Eletrônico, Nº do PIS/NIT:**

**OUTORGADOS:** Joacil Freire da Silva Júnior, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB nº. 22.711, Isabela Roque de Siqueira Freitas e Freire, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB nº. 21.953, Mirtes Rodrigues de Lucena, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB nº. 22.000 e Cintia Beatriz Roque de Siqueira Freitas, bacharela em Direito, portadora do CPF sob o nº087.761.154-88, ambos com escritório profissional na Av. Cruz das Armas, nº2528, sala nº04, Cruz das Armas, João Pessoa/PB, CEP nº 58087-000, Endereço eletrônico: sefadvogados@gmail.com, telefone: (83) 98719-3539/98758-7091.

**PARA O FIM ESPECIAL DE:** Ingressar com ação judicial e/ou medida extrajudicial.

**DOS PODERES:** confere poderes para praticarem todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, podendo perante qualquer Vara, Tribunal ou Instancia repartições públicas federais, estaduais e municipais, entidades autárquicas e paraestatais, pessoas físicas e jurídicas, de direito privado ou publico, podendo ainda os outorgados nesta cidade ou onde se apresentarem-se com esta, fazerem carga de processos, defenderem os meus interesses e direitos perante qualquer juízo ou administração, em qualquer pleito iniciado ou por se iniciar, em que for autor ou réu, oponente ou assistente, proporem, requerimentos e ações contra quem de direito, requererem benefícios, variarem, renovarem, transigirem, fazerem acordos, receberem e darem quitação, confessarem, prestarem declarações, interporerem todos os recursos legais para qualquer tribunal ou instância, desistirem e assinarem desistências de ações, prestarem compromissos, levantarem alvarás, receberem citação e intimação. Finalmente, por lei, conferimos, ainda, aos outorgados, os poderes, por mais especiais que sejam, podendo renunciar aos valores que ultrapassaram o teto delimitador da competência dos JEFs, ao tempo do ajuizamento da ação, para defenderem a execução deste mandato, inclusive aqueles que dependam de delegação especial e que não estejam, aqui, expressamente, mencionados, dando tudo por bom, firme e valioso, podendo substabelecerem o presente mandato com ou sem reserva de poderes, tudo limitado ao fim especial constante do cabeçalho.

**DA HIPOSSUFICIÊNCIA:** Declara ainda o(a) outorgante(s), nos termos da Lei nº7.115, de 29/08/1989 e ainda, com a finalidade de obter a gratuidade da justiça (Lei de nº1.060, de 05/02/1950, que não possui condições econômico-financeiras de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do sustento próprio e/ou da família, estando ciente de que, se falsa for esta declaração, incorrerá nas penas do crime do art. 299 do CPB(falsidade ideológica).

**DO CONTRATO DE HONORARIOS:** Ressalta-se que declara o(a) outorgante(s), esta ciente e ainda se compromete a efetuar o pagamento aos outorgados, no percentual de 30% (vinte por cento), a título de honorários advocatícios, de tudo o que vier a receber com o êxito processual, mediante acordo ou resolução extrajudicial, que ocorra a partir da data de assinatura desta procuração, em favor dos advogados supracitados, daquilo que for condenado/acordado, servindo este instrumento como prova de contratação.

João Pessoa/PB, 13-08-2018

Wellysson Ruyon Gomes da Silva  
OUTORGANTE

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0399342/19

**Número do Sinistro:** 3190637381

**Vítima:** ALCENOR JOSE DA CRUZ

**CPF:** 030.110.373-96

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 04/08/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ALCENOR JOSE DA CRUZ

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## 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: 17/01/2020  
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA  
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2020  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0399342/19

**Vítima:** ALCENOR JOSE DA CRUZ

**CPF:** 030.110.373-96

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 04/08/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ALCENOR JOSE DA CRUZ

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA : 849.394.433-53

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

### ALCENOR JOSE DA CRUZ : 030.110.373-96

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: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA  
CPF: 849.394.433-53

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0117319/20

**Vítima:** WELLYSSON RYAN GOMES DA SILVA

**CPF:** 123.347.264-00

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

**Data do acidente:** 01/07/2017

**Titular do CPF:** WELLYSSON RYAN GOMES DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

### IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE : 081.593.634-60

Documentos de identificação  
Procuração

## 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: 17/04/2020  
Nome: IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE  
CPF: 081.593.634-60

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/04/2020  
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana  
CPF: 102.109.247-99

\_\_\_\_\_  
IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE

\_\_\_\_\_  
Paulo Victor Soares Sant'Ana

---

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

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190637381**

**Vítima: ALCENOR JOSE DA CRUZ**

**Data do Acidente: 04/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

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

**Senhor(a), ALCENOR JOSE DA CRUZ**

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, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190637381

Vítima: ALCENOR JOSE DA CRUZ

Data do Acidente: 04/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALCENOR JOSE DA CRUZ

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ALCENOR JOSE DA CRUZ

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000005797-5

Conta: 000000674013-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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





---

**Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190637381**

**Vítima: ALCENOR JOSE DA CRUZ**

**Data do Acidente: 04/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), ALCENOR JOSE DA CRUZ**

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, 04 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190637381**

**Vítima: ALCENOR JOSE DA CRUZ**

**Data do Acidente: 04/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ALCENOR JOSE DA CRUZ**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 04/02/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você



---

**Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200150734**

**Vítima: WELLYSSON RYAN GOMES DA SILVA**

**Data do Acidente: 01/07/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE**

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

**Senhor(a), WELLYSSON RYAN GOMES DA SILVA**

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, 20 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200150734

Vítima: WELLYSSON RYAN GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 01/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), WELLYSSON RYAN GOMES DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Declaração de Inexistência de IML</b>	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
<b>Documentação médico-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a identificação completa e correta da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está incorreto.
<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue.
<b>Comprovante de residência</b>	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.
<b>Comprovante de residência</b>	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15713770



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

---

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

Número do Sinistro: **3190637381**

Nome do(a) Examinado(a): **ALCENOR JOSE DA CRUZ**

Endereço do(a) Examinado(a):

**AV ANTONIO BEZERRA, 516 - URBANO - Francinópolis - PI - CEP 64520-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **Ssp /PI** ] **2419408**

Data e local do acidente: [ **04/08/2019** ] **Francinópolis - Piauí**

Data e local do exame: [ **04/02/2020** ] **Picos** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

*Fratura de tornozelo esquerdo*

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

*Paciente apresenta déficits de movimentos em Tornozelo esquerdo.*

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

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

*Submetido a tratamento cirúrgico. Desenvolveu artrose. Realizou fisioterapia. Refere alta médica.*

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

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

*Apresenta déficits de flexão dorsal (realiza 0-15), flexão plantar (realiza 0-20), abdução (realiza 0-15) e adução (realiza 0-15) de tornozelo esquerdo. Dor à mobilização e déficit de força grau 3. Edema (2+/3+).*

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

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

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

☐ "Vítima em tratamento"

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

☐ "Sem sequela permanente" (Não

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

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo esquerdo

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve  
☒ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve  
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve  
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve  
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

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



Luanna Moura Moreira - CRM: 4718 - PI

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASE: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ 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 (342)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 (assinale 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 assinado, 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 contestação, caso dissorto do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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:

30 - Vítima deixou nascituro (pai/nascido)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem em 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.



35 - Nome legível de quem assina a roga/o pedido

36 - CPF legível de quem assina a roga/o pedido

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

38 - 1ª Nome: 38 - 2ª Nome:

CPF: 38 - 3ª Nome:

Assinatura da testemunha

39 - 1ª Nome: 39 - 2ª Nome:

CPF: 39 - 3ª Nome:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 231803.000061/2019-62**

Unidade de Registro: DP DE ELESBÃO VELOSO

Resp. pelo Registro: Aécio Antonio Coimbra De Castro

Data/Hora: 03/10/2019 - 11:20

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DP DE FRANCINÓPOLIS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

FRANCINÓPOLIS

Endereço

ZONA URBANA DE FRANCINÓPOLIS, Nº:

Complemento

CHAPADA DO BREJO

Data/Hora

04/08/2019 - 18:30

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: ALCENOR JOSÉ DA CRUZ

RG: 2419408 SSP PI

Mãe: MARIA JOSINA DA SILVA

Pai: SEBASTIÃO JOSÉ DA CRUZ

Endereço: RUA LOURIVAL MOREIRA, Nº S/N

Bairro: PREJUDICADO

Cidade: FRANCINÓPOLIS

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

**VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

Marca: Modelo:

1 - HONDA POP110I

Ano: Placa: Chassi:

2016 PIQ0721

Renavam: Cor:

01076886512 Preta

Condutor: ALCENOR JOSÉ DA CRUZ

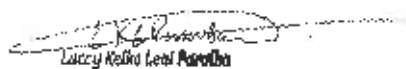
Cidade: FRANCINÓPOLIS UF: PI Bairro:

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

No início da noite de 04 de agosto de 2019, o noticiante acabara de subir em sua moto, acima qualificada, na intenção de sair quando foi surpreendido por um outro motociclista que havia perdido o controle do veículo, saiu da pista e veio a colidir justamente com o noticiante, que caiu no chão e desmaiou. O noticiante foi levado, a princípio para a Unidade Mista de Saúde Pedro Lopes, em Francinópolis, para os primeiros socorros. Ele ainda esperou sair a regulação para ser transferido no dia seguinte (05/08/2019) para o Hospital Regional Justino Luz, em Picos-PI, onde foi internado para a realização de exames de Raio-X e procedimentos cirúrgicos em sua perna esquerda. Era o que tinha a informar.

  
Aécio Antonio Coimbra De Castro - Mat.  
AGENTE DE POL.

  
ALCENOR JOSÉ DA CRUZ - Noticiante  
Responsável pela Informação

  
Lúcio Nelson Leal Pinheiro  
Delegado Geral de Polícia Civil-PI  
Mat.: 136.331-7





**Requisição de exame nº \*\*\*/2018**

**Exame requisitado:** TRAUMATOLÓGICO - DPVAT

Autoridade requisitante: Alberto Jorge Diniz e Silva

**Remeter o laudo para Delegacia DISTRITAL DA CIDADE DE BAYEUX -PB**

**Cópia da Certidão de Registro de Ocorrência : 01654.01.2018.1.00.420**

**senhor Gerente,**

Solicito de Vossa Senhoria que seja submetida a exame traumatológico a pessoa abaixo mencionada:

**NOME:** Wellysson Ryan Gomes da Silva, CPF nº 123.347.264-00, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Barbeiro, filho(a) de Rosinalva Gomes da Silva e Edson Pereira da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 18/10/1995 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Av São Sebastião, bairro Centro, tendo como ponto de referência Brascorda, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98668-7734.

Dados do(s) Fatos: Local: Av.brasil. Panificadora, Bayeux/PB, bairro Sesi; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/07/17 19:55h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

**Histórico**

QUE, o notificante trafegava no veículo tipo motocicleta, marca e modelo: Honda NXR 150 BROS de cor vermelha, placa: OFF 2867/PB, chassi nº NC2KD0560CR511216, registrado em nome de Fabiano Fagne da Silva, CPF nº 058.412.294-27; QUE segundo o notificante seguia normalmente em sua mão quando um veículo BMW de cor branca não respeitando a placa "PARE" passou direto e colidiu com o notificante; QUE segundo o notificante o responsável pelo acidente ficou no local até a chegada do SAMU; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº -1699/2018, EXPEDIDO PELA DRª SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 20.11.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar

  
Bel. Alberto Jorge Diniz e Silva

Delegado de Polícia Civil

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Delegacia Especializada de Acidentes de  
Veículos da Capital



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 29 de agosto de 2018.

  
JOSÉ SAULO ARAÚJO NEGREIROS  
Agente de Investigação

  
WELLYSSON RAYAN GOMES DA SILVA  
Noticiante



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01654.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01654.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:22 horas do dia 29 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu Wellysson Rayan Gomes da Silva, CPF nº 123.347.264-00, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Barbeiro, filho(a) de Rosinalva Gomes da Silva e Edson Pereira da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 18/10/1995 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Av São Sebastião, bairro Centro, tendo como ponto de referência Brascorda, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98668-7734.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Av. Brasil, Panificadora, Bayeux/PB, bairro Sesi; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/07/17 19:55h, Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, o notificante trafegava no veículo tipo motocicleta, marca e modelo: Honda NXR 150 BROS de cor vermelha, placa: OFF 2867/PB, chassi nº NC2KD0560CR511216, registrado em nome de Fabiano Fagne da Silva, CPF nº 058.412.294-27; QUE segundo o notificante seguia normalmente em sua mão quando um veículo BMW de cor branca não respeitand o a placa "PARE" passou direto e colidiu com o notificante; QUE segundo o notificante o responsável pelo acidente ficou no local até a chegada do SAMU; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº -1699/2018, EXPEDIDO PELA DRª SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 20.11.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

**ADENDO(S):**

Que na data 29/08/2018, à(s) 11:41 horas, na Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: NOME DO NOTIFICANTE WELLYSSON RYAN GOMES DA SILVA. Adendo registrado por: José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula: 1372611.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASE: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ 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 (342)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 (assinale 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 assinado, 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 contestação, caso dissorto do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 (a) (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 devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem em 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.



35 - Nome legível de quem assina a roga/o pedido

36 - CPF legível de quem assina a roga/o pedido

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

38 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

25/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

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

CLIENTE: ALCENOR JOSE DA CRUZ

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05797-5

CONTA: 000000674013-8

Nr. Autenticação

BRDESCO2511201905000000000023705797000000674013168750 PAGO

**cepisa**

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ 06.846.740/0001-60; Tel. 3212.1133-3  
Ata Fiscal / Conta de Energia ENECOSA - Série 0-1  
Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAZ/PI/96

Seu Contas  
Fórmula - Informe  
Seu Número

SEU CÓDIGO

0351844-2

Nº da Ata Fiscal 021444973

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2019	15/05/2019	83	48,79

ALDEVAN MELO DA CRUZ  
AV. ANTONIO BEZERRA 516 S/C B-URBANO  
CPF: 00092261876300  
CEP: 64.520-000 - FRANCINÓPOLIS

ROT: 27.691.07.35.061700

DADOS DA LEITURA	DATA	DATA
Atual:	5499	08/05/2019
Anterior:	5416	08/04/2019
Constante de Multifuncção:		Próxima Leitura: 07/06/2019
Consumo Medido:	83	Enfase: 07/05/2019
Consumo Faturado:	83	Apresentação: 08/05/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de irregularidade:
		Dias de Consumo: 29

Grupo/Subgrupo	Unidade	Número Medidor	Posto	Código Tar.	Média T2 meses
RESID. B. URBANO	RESID.	5499		1.4.1.1	91

DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo	CONSUMO
ABR/19 85	30 A R\$ 0,287903 = 24,47
MAR/19 94	53 A R\$ 0,493547 = 26,28
FEV/19 90	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)
JAN/19 61	DIFERENÇA DE TARIFA
DEZ/18 96	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA
NOV/18 92	CORREÇÃO MONETARIA IG 03/19-00
OUT/18 95	MULTA POR ATRASO 03/19-00
SET/18 102	JUROS POR ATRASO 03/19-00
AGO/18 101	ADICIONAL RANGETTA ABRIL-18
JUL/18 86	
TREIF- 34	
12	
12	
12	

## NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 20/05/2019, caso não pagamento por data vencer tempo e inclusão do nome do consumidor no SENSA. Caso não for efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12607/09)  
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVAÇÃO AO FISCAL 614F.88AA.9783.FEEE.52F6.9984.5987.D646

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		INDICADORES DE CONTINUIDADE - R\$	
Distribuição:	14,36	Base de Cálculo:	68,27
Energia:	27,72	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	4,69	Valor do ICMS:	15,01
Encargos:	2,29	Valor do PIS:	0,75
Tributos:	19,21	Valor do COFINS:	3,41

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DCE		FIC		BANC		OCEN
	Mês	Trimestral	Anual	Mês	Trimestral	Anual	Mês
Limite	7,27	14,55	29,06	3,68	7,35	14,70	4,14
Atualizado	0,00			0,00			0,00
Categoria	NOVO ORIENTE						15,98