

TIM S.A.  
Rua Lázaro Nogueira, 187A  
CENTRO - TERESINA - PI  
CNPJ 02.421.421/0024-08 - IE: 184445895  
CNPJ de Móvel: 02.421.421/0001-11



Página 1 de 4

R\$ 98,89

VENCIMENTO  
25/08/2019

EMISSÃO: 07/08/2019  
POSTAGEM: 14/08/2019  
FATURA: 3928882451

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

CLIENTE: 1.674.297.73

CPF/CNPJ: 849.394.433.53

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).

DESCRIÇÃO DA CONTA DE DÉBITO AUTOMÁTICO

Serviços TIM S.A.	VALOR
Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 90,01
CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 7,25
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	-	-	1	31	07/07 a 06/08	199,99
Desc Relac 25% Oferta TIM Pós C Plus	-	-	2/12	31	07/07 a 06/08	-60,00
Subtotal	-	-	4/6	31	07/07 a 06/08	-49,98
10 GB de Internet	10GB	-	1	31	07/07 a 06/08	90,01
Minutos Locais e DDD com 41	Ilimitado	173m54s	1	31	07/07 a 06/08	Incluído
10GB de Internet para Vídeo	-	-	1	31	07/07 a 06/08	Incluído
TIM Music	-	-	1	31	07/07 a 06/08	Incluído
TIM Banco Virtual	-	-	1	31	07/07 a 06/08	Incluído
TIM Backup 30GB	-	-	1	31	07/07 a 06/08	Incluído

#### MAIS DETALHES DA SUA CONTA

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

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

IMPОСТА TIM S.A.	ALQUÍLIO	BASE DE CÁLCULO	VALOR	PVAT	RS QAB
ICMS	5,0%	RS 7.32	RS 21,02	PVAT 1%	RS 0,24
PICTEL - Serviços Telecom	3,65%				
PICTEL - Serviços Móvel Telecom	4,65%				
PICTEL - Serviços Móvel Telecom	9,25%				

Informações Complementares - Plano(s) e Serviço(s) de Valor Adicionado	
Inclusão de novo Plano(s)	
Franchise(s)	RS 145,49
SVA	RS 54,50
Desconto(s) Franchise(s)	RS -60,02
Desconto(s) SVA	RS -29,96

DPVAT



Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar o conto em débito automático e ainda ganha 10GB de Internet todos os dias. Para mais informações e condições, acesse [www.tim.com.br](http://www.tim.com.br) ou ligue para o centro 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



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-027 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 072 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, SEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Carla de Souza Silva  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.394.433 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Alcenor José da Cruz inscrito (a) no CPF sob o N° 030.410.373/96,  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Alcenor José da Cruz  
Inscrito (a) no CPF sob o N° 030.410.373 / 96, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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>Elesbão Veloso</u>	Estado:	<u>Piauí</u>
E-mail:	<u>carladrianasousa@gmail.com.br</u>				

Local e Data: 6. veloso, fl 07.11.2019

Adriana Carla de Souza Silva

Assinatura do Declarante





**HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ**  
 PRAÇA ANTONOR NEIVA,  
 BOMBA, PICOS/PI - 64601-391  
 HOSPITAL REGIONAL CNPJ: 06.553.564/0102-81  
 JUSTINO LUZ (89) 3422-3114 - (89) 3422-1314

**Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)**

Atendimento: P0669173

Registro: 416635

Data: 05/08/2019

Hora: 22:28:00

Funcionário: FRAN

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

**Senha 186 SUS**

**ALCENOR JOSE DA CRUZ**

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

Profissão:

End.: ANTONIO BESSERRA, 0 -

Bairro: CENTRO

IBGE: 2204006 Cep: PARDA

Cidade: FRANCINOPOLIS/PI

Telefone: (86) 9990-97546

Pai: SEBASTIAO JOSE DA CRUZ

Celular: (86) 9990-97546

CPF: - RG: 2419408 - SUS: 708404739113860

Civil: VIUVO(A)

CEP: 64520-005

Clinica: **ACOLHIMENTO**

Documento: 170029 - VIANNIKA EVIWILDA COSTA LEAL

Responsável: ALCENOR JOSE DA CRUZ - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.: 150x70mm Hg

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

223506

Sem

Vermelho - Emergência

Amarelo - Urgente

Verde - Pouco Urgente

Azul - Não Urgente

**Procedimentos**

Sintoma

Dor na Perna

Último dia tive uma auto mobilística há 1 dia. O dia operando intensamente no MTE, com incansabilidade médica referindo dor nas pernas.

**Exame clínico/físico:**

Nega Alergia

Dra. Vianika Eviwilda  
COREN-PI 70.029 ENF  
CRM-PI 6929

**Diagnóstico provável:**

Ferida sem nexo

NOTIFICAR?

**Medicação:**

*Dr. Jose Ayres Pedreira Júnior  
Ortopedia/Trumatologia  
CRM-PI 6929  
CREF 3424 TEC 1111  
CPG 308.380.3727*

OK

**Procedimentos/exames realizados:**

1) Grop. Toco P172

Ass. Técnico

2) Consulta R+ex MTE (Acolhimento)

3) Solicitação para Dr. Almeida

Fratura Molaro Medial FVZ

interv. 17/08/2019

*José Ayres Pedreira Júnior  
Ortopedia/Trumatologia  
CRM-PI 6929  
CREF 3424 TEC 1111  
CPG 308.380.3727*

Responsável: ALCENOR JOSE DA CRUZ

*CRM-PI 6929  
MEDICO  
DR. GUILHERME ALMEIDA*

170029 - VIANNIKA EVIWILDA COSTA LEAL

Atendimento	I062843
Data:	06/08/2019
Hora:	11:25

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

Nº AIH
TAILA

## 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 BESSERRA, N° 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:

Alcenor Jose da Cruz  
Cirurgião Geral  
CONFERE CRM  
Dr. Dr.  
Assinatura

#### Resultado



Curado  
Melhorado  
Inalterado  
Piorado



Removido  
Pedido  
Evasão  
Indisciplina



-48 Horas  
+48 Horas  
Obito

Transferido \_\_\_\_\_

#### História Clínica

#### Diagnóstico Provável

GUSTAVO TEIXEIRA FELIX DE ALMEIDA

## Evolução Clínica



Alcester Soc. C

**NOME :**

HD: Foster schools west of TNZ

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA: 05 / 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/S~~
  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

D - Chalatana 48 w 6 6.

## 11. Currents & Drains

12. Name given = plete  
example given

NOME: HD: Fábio Mota de Melo - TN2	ALA C	APTO	LEITO	R. MET.
				RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
				HORÁRIO DE MEDICAÇÃO
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA: 05 / 08 / 2019				OBSERVAÇÕES
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				
5. ONIDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8 S/N				
6. TRAMADOI 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 48 u 6 6 -				
11 - Comendo de noz				
12 - Herro grua - pente caçapé grua				

**Dr. José Ayres Pedreira - Janur**  
Ortopedia/Trumatologia  
CRM 3034 - TECIT 91 97  
Fone: 21 540 474-8



SECRETARIA  
ESTADUAL DA  
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME: Aleuvi José da Costa  
ID: Fractura maléolo medial TW7

ALA	APTO	LEITO	R. MET.
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
DATA <u>08/08/19</u> 1. DIETA ORAL <u>DIABETICO</u> <u>digo, lanche</u> 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 ÁS 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 8C CONFORME HOFF <u>180-00</u> <u>250-300-160U</u> <u>180-200-200</u> <u>50-150-80U</u> <u>200-200-400</u> <u>&gt;300-100U</u> 8- GLICOSE 50% 10ML IV SE NGT 60MG/DIA E CHAMAR <u>OPTOMONISTA</u> 9- GARMENIA DE 4 HORAS	<u>13:20</u> <u>06</u> <u>PA: 11:00 Pct admidido PI</u> <u>TTO, Ortopedico Cirurgico</u> <u>Conscient. Orientado, apesar</u> <u>da MIE, segue o eno</u> <u>lucionista.</u> <u>Dr. Gustavo Félix</u> <u>Ortopedico Traumatologista</u> <u>CNPJ: 23.111.111/0001-9516</u>	<u>13:00h 000-6-135U</u> <u>PA: 130x90 mmHg</u> <u>T: 36,8°C</u> <u>P: 76 b.p.m</u> <u>PA: 21.77 mmHg 0.006-135U</u> <u>PA: 160x10 mmHg</u> <u>T: 37,4°C</u> <u>P: 81 b.p.m</u>	

X



SECRETARIA  
ESTADUAL DA  
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME: ALCENOR JOSE DA CRUZ ID: FX DO TORNOZELO  <b>PREScriÇÃO MÉDICA</b> DATA: 07/08/2019	ALA C	ENF 20	LEITO 93	R. MET.
	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
	06/08/2019 12/08/2019 18/08/2019 24/08/2019		Paciente no 3 DIH, segue condic. iente, orientado, fáscia, higiene adequada, alimentação satisfatória, hidratação e diurese preservada, AVP no MSD, realizada exa- tina fechada em F.O atapa- chila na m.ºE, com presença de secreção sanguinolenta aplicado solução fisiológica para limpeza. SSVV: T = 36,4°C, F.C = 64 bpm, F.R = 18 bpm, PA = 130x80 mmHg. Est. fco: inf. gotele / injeções	
			Luis Alves e Silva ENFERMEIRA CRM-PI 149386	
			Cis 14:40 hs aferido SSVV T = 36,5°C, PA = 120X80 mmHg Est. fco: inf. gotele / injeções	
			Luis Alves e Silva ENFERMEIRA CRM-PI 149386	
			150x90 mmHg. T = 36°C	



SECRETARIA  
ESTADUAL DA  
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME:

Altamir José da Cruz

H.D:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA: 08 / 08 / 2019

1. DIETA LIVRE
2. JELCO SALINIZADO
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180 OU PAD>100 MMHG
4. DISPIRONA 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 HV 8/8 h S/N
7. TILATIL 40MG + AD EV 12/12H
8. OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHA
9. SSVV + CCGG

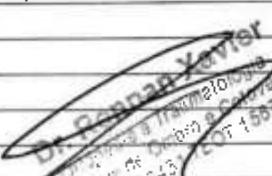
Ronaldo Correia Barros  
Ortopedista  
CRM 12332-00  
CNPJ 23.300.63-00

ALA C	APTO 030	LEITO 93	R. MET.
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
Blement		as 09:40h realizados urinário no ME TE fundoscópica 47214482 cm 14-00h apurado PA 160x90mm Pox. TE fundoscópica card 47214482 Pox 22-00h apurado PA 150x90	
1	X	66	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			
81			
82			
83			
84			
85			
86			
87			
88			
89			
90			
91			
92			
93			
94			
95			
96			
97			
98			
99			
100			
101			
102			
103			
104			
105			
106			
107			
108			
109			
110			
111			
112			
113			
114			
115			
116			
117			
118			
119			
120			
121			
122			
123			
124			
125			
126			
127			
128			
129			
130			
131			
132			
133			
134			
135			
136			
137			
138			
139			
140			
141			
142			
143			
144			
145			
146			
147			
148			
149			
150			
151			
152			
153			
154			
155			
156			
157			
158			
159			
160			
161			
162			
163			
164			
165			
166			
167			
168			
169			
170			
171			
172			
173			
174			
175			
176			
177			
178			
179			
180			
181			
182			
183			
184			
185			
186			
187			
188			
189			
190			
191			
192			
193			
194			
195			
196			
197			
198			
199			
200			
201			
202			
203			
204			
205			
206			
207			
208			
209			
210			
211			
212			
213			
214			
215			
216			
217			
218			
219			
220			
221			
222			
223			
224			
225			
226			
227			
228			
229			
230			
231			
232			
233			
234			
235			
236			
237			
238			
239			
240			
241			
242			
243			
244			
245			
246			
247			
248			
249			
250			
251			
252			
253			
254			
255			
256			
257			
258			
259			
260			
261			
262			
263			
264			
265			
266			
267			
268			
269			
270			
271			
272			
273			
274			
275			
276			
277			
278			
279			
280			
281			
282			
283			
284			
285			
286			
287			
288			
289			
290			
291			
292			
293			
294			
295			
296			
297			
298			
299			
300			
301			
302			
303			
304			
305			
306			
307			
308			
309			
310			
311			
312			
313			
314			
315			
316			
317			
318			
319			
320			
321			
322			
323			
324			
325			
326			
327			
328			
329			
330			
331			
332			
333			
334			
335			
336			
337			
338			
339			
340			
341			
342			
343			
344			
345			
346			
347			
348			
349			
350			
351			
352			
353			
354			
355			
356			
357			
358			
359			
360			
361			
362			
363			
364			
365			
366			
367			
368			
369			
370			
371			
372			
373			
374			
375			
376			
377			
378			
379			
380			
381			
382			
383			
384			
385			
386			
387			
388			
389			
390			
391			
392			
393			
394			
395			
396			
397			
398			
399			
400			
401			
402			
403			
404			
405			
406			
407			
408			
409			
410			
411			
412			
413			
414			
415			
416			
417			
418			



SECRETARIA  
ESTADUAL DA  
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME: ID:	ALA <i>205</i>	APTO <i>93</i>	LEITO <i>93</i>	R. MET.
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM				
HORÁRIO DE MEDICAÇÃO			OBSERVAÇÕES	
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA: 09/08/19				
1. DIETA LIVRE	<i>SNP</i>			As 09:40 hrs. realizado limpeza em F.O no MIE, com SF 09,0%, em presença de reação sem queixas. SSVU: PA: 120x80 mmHg; T: 36,7°C. Est. fisiológico INVITUS. Monitoramento.
2. JELCO SALINIZADO	<i>alimentação</i>			<i>ENFERMEIRA COMPROVADOS</i>
3. OMEPRAZOL 40 MG VO AS 6H	<i>✓</i>	<i>29</i>	<i>96</i>	
4. DIPIRONA 1 G + AD EV 6/6H, SN				
5. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 SOS				
6. CAPTOPRIL 25 MG- 01 COMP., VO DE 8/8H SE PAS> 160MMHG E OU PAD> 110 MMHG				
7. ONDASENTRONA 8 MG EV 8/8H SOS				
8. TILATIL 20 MG+ AD, EV, 12/12 II	<i>✓</i>	<i>90</i>	<i>96</i>	
9. SSVV+ CCGG				
 <p>Dr. Silvana Ximenes CRM 13.000 COT 15571</p>				



SECRETARIA  
ESTADUAL DA  
SAÚDE DO PIAUÍ



*Alencar*

NOME:	Alencar José de Carvalho	ALA	20	APTO	Q3	LEITO	R. MET.
HD:	fx 167	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM					
PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIO DE MEDICAÇÃO			OBSERVAÇÕES	
DATA:	01/08/19		14/22/06			Dr. Alencar paciente com CEFALGIA, náuseas e tontura em M&C piora em parada de batidas digital na região cervical PR: 100/60 mmHg T: 36,7 BE: clara CO2: 33,33% CO2: 60,00 Pa CO2: 30 mmHg	
1. DIFTA GERAL			6N				
2. Scalp Salinizado			13/24				
3. RANITIDINA 25 MG/ML-01 AMP + AD, IV, 8/8II			5N				
4. DIPIRONA 1 G + AD EV 6/6 h SOS			5N				
5. TILATIL 20 MG EV 12/12 h			5N				
6. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 SOS			5N				
7. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA			5N				
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							

*Dr. Carlos Eduardo Bernardo*  
 CRM-PI: 5274 / CRM-MA: 9610  
 Ortopedia e Traumatologia

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

2 - CNES

4009622

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.

X

Fem.

2

03

10 - NOME DA MÃE

MARIA JOSINA DA SILVA

11 - FONE DE CONTATO

(86) 9990-97546

12 - ENDEREÇO

ANTONIO BESSERA, 0 - CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FRANCINOPOLIS

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2204008

15 - UF

PI

16 - CEP

64520-000

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente interna devido à dor lombar, apresentando dor em postura de sentado, paciente pede vista Tavaylo.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Necessita cura

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

R:

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Intervento Tavaylo

21 - CID PRINCIPAL

S 82.6

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervento

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

10408050573

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Orto

Vigant

( ) CNS ( x ) CPF

0161065014463

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

06.08.19

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ORGÃO EMISOR

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

M220800001

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

**Dr. Osvaldo Alves Costa**

Médico Auditor SMS - Picos  
Cartão SUS 100.590.547-630.000

CPF: 011.641.413-90 CRM-PI 314

'natura paciente/Responsável

Loura Nobre

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

### RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE <i>Ismael Souza da Silva</i>		SEXO <i>M</i>	APTº	LEITO
PRONTUÁRIO <i>436 635</i>	CONVÉNIO <i>SUS</i>	DATA <i>19/08/2019</i> HORA		
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO <i>Tumor temporal (2)</i>				
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA				
ATA <i>1A - 08. 39</i>	INÍCIO DA CIRURGIA	FIM DA CIRURGIA		
CIRURGIA PROPOSTA <i>Orto-met</i>		CIRURGIA REALIZADA		
TIPO DE CIRURGIA: <input checked="" type="checkbox"/> ELETIVA <input type="checkbox"/> REITERNAÇÃO				
<input type="checkbox"/> LIMPA <input checked="" type="checkbox"/> POTENCIALMENTE CONTAMINADA <input type="checkbox"/> CONTAMINADA <input type="checkbox"/> INFECTADA				
DESCRIÇÃO DA TÉCNICA/ ACHADO CIRÚRGICO				
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recorto col ant</li> <li>2. Dors</li> <li>3. Aponeurose</li> <li>4. Tumor de dura</li> <li>5. Vascular espessas fibras, fios frouxos protegendo nódulo medular</li> <li>6. Subduralite Tumor de dura perutar</li> <li>7. Língua de cera</li> <li>8. Sutura</li> </ol>				
INTERCORRENCIAS				
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 <i>Isac M</i>	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

NOME: ALCENOR JOSE DA CRUZ

UD:FX TNZ

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA: 11/08/2019

1. DIETA LIVRE
  2. JELCO SALINIZADO
  3. DIPIRONA 1 G + AD, IV 6/6 HORAS S/N
  - 4- CAPTOPRIL 25 MG- 01 COMP VO 8/8 H SE PAS MAIOR 180 MMHG E/OU PAD MAIOR 100 MMHG
  - 5-TRAMADOL 100MG + SF 0,9 % 100 ML. EV 8/8 HORAS S/N
  - 6-TILATIL 40MG -AD EV DE 12/12H S/N
  - 7-ONDANSETRONA 8 MG + AD EV 8/8H S/N
  - 8- OMEPRAZOL 40MG, VO. PELA MANHA
  - 9-SSVV- CCGG

ALA C 20 APTO 93

## **RELATÓRIO DE ENFERMAGEM**

**OBSERVAÇÕES**

45 oficinas realizadas en  
el PNF, Ciudad de México  
realizadas en el M.N. y  
153 en la CDMX.

*Lata, 1989 jidit & mutu  
PA = 140, Rombha = 243, 36, 30*

05/1937. ex *Veltinia Moura*  
Rec. Entomologam  
I. C. S. C. Royal SOBEN F. 28-519

Rx towards C. APP OK

RX sum talk

~~Allegro 400 v. E. 8/16/64~~ ~~✓~~ ~~✓~~ ~~✓~~

NOME: Alencar São - Am		ALAC	APTO C20	LEITO 93	R. MET.
HD: ♂ T2		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA: 01/08/2019 <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>		HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
1. DIETA LÍQUIDA 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 + COGG  10. Ciprofloxacin 12/12  11. Gentamicin 6mg I/F 12. Sos 0,9% 100ml u 2h		Almoço 12h 30m		08:30h para entubado entubado com衙吸器 higiene bucal frequentemente hidratação com suco de abacaxi defecação 03 vezes diárias orientação para enxagamento com suco de laranja e água calo de graxas 03 vezes digestões 03 a 4 horas urina amarela 3300 mL/dia temperatura 35,7°C febre respiração 24/min	
		Jantar 18h		08:30h ressaca sedação com Diazepam sonda de enema e enemas de laxante E. pro. óleos essenciais compressas frias febre 38,2°C	
		Jantar 22h		08:30h ressaca sedação com Diazepam sonda de enema e enemas de laxante E. pro. óleos essenciais compressas frias febre 38,2°C	

Ass. Artes Pedreira  
 01.08.2019  
 Odontopediatra  
 CRM-SP 10794  
 CRON 10648476

Dr. Tonny & P. S.

02

08:30h ressaca  
 sedação com Diazepam  
 sonda de enema e enemas  
 de laxante E. pro.  
 óleos essenciais  
 compressas frias  
 febre 38,2°C

Silversides

NOME: Ariane da Cunha

HD: Fixate (3)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

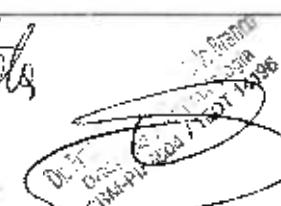
DATA: 13 /08 /2019

1. DIETA LIVRE
  2. JEJICO 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 - Uso de laxante, farm (1) 1000ml/2hrs
  - 11 - Ginkgo biloba 100mg 500ml (1), N cada

9. SSVV + CCGG

10 - Unterkünfte mit W-Lan  
11 - Gitarrenteil ohne Strom, Stop, IT nach

at the hogtots



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

### LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA PERIOPERATÓRIA

Usuário: Almenor Bezerra dos Crisóstomos

Prontuário:

D.N.: 03 / 03 / 1950 Sexo:  M  F

Procedimento Cirúrgico: Intervenção para fratura tarsal Data Cirurgia: 12 / 08 / 2019

#### Antes da indução anestésica

(Na presença de, pelo menos, membro da equipe de enfermagem e do anestesiologista)

O paciente confirmou a sua identidade, o local da cirurgia, o procedimento e seu consentimento?

Sim

O local está demarcado?

Sim

Não aplicável

Foi concluída a verificação do equipamento de anestesiologia e da medicação?

Sim

O oxímetro de pulso está colocado no paciente e funcionando?

Sim

O paciente possui:

Alergia conhecida?

Sim

Não

Via aérea difícil ou risco de aspiração

Não

Sim, equipamentos/assistência disponíveis

Risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg para crianças)?

Não

Sim, e 2 acessos intravenosos/ou 01 acesso central e fluidos previstos

#### Antes da incisão cirúrgica

(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiologista e o cirurgião)

Confirmar que todos os membros se apresentaram, indicando seu nome e sua função

Confirmar o nome do paciente, o procedimento e onde será aplicada a incisão

A profilaxia antimicrobiana foi administrada nos últimos 60 minutos?

Sim 12/08/2019 Justino Luz

Não aplicável 12/08/2019

Prevenção de eventos críticos para o Cirurgião:

Quais são as etapas críticas ou não rotineiras? Qual duração do caso?

Qual quantidade de perda de sangue prevista?

Para o anestesiologista:

Há alguma preocupação especificamente relacionada ao paciente?

Para a equipe de enfermagem:

Foi confirmada a esterilização incluindo os resultados dos indicadores?

Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?

Os exames de imagens essenciais estão disponíveis?

Sim

Não aplicável

(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiologista e o cirurgião)

Membros da equipe de enfermagem confirmam verbalmente:

O nome do procedimento

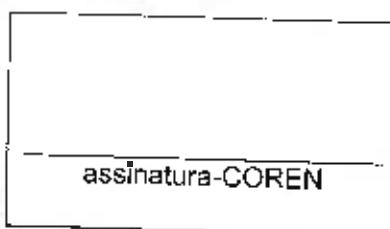
A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas

A identificação das amostras (ler as identificações das amostras em voz alta, inclusive o nome do paciente)

Se há quaisquer problemas com os equipamentos a serem resolvidos

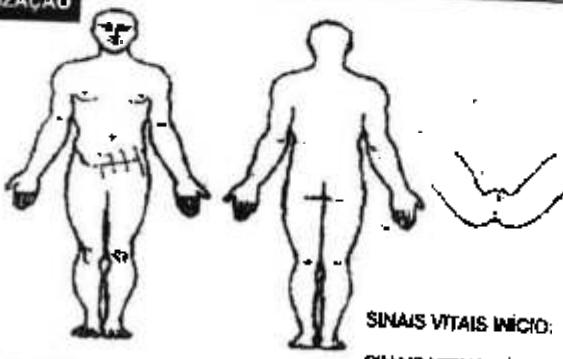
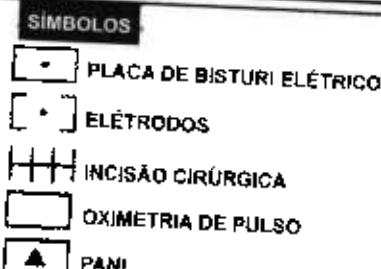
Para o Cirurgião, o Anestesiologista e Equipe de Enfermagem:

Quais são as principais preocupações para a recuperação e manejo deste paciente?

  
assinatura-COREN

## REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

CIRCULANTE: *Gaspar Oliveira* ENTRADA NA SO: *14:30* INÍCIO DA ANESTESIA: *14:45* SALA Nº: *04*  
 SAÍDA DA SO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO DA ANESTESIA: \_\_\_\_\_ INÍCIO DA CIRURGIA: *14:50*  
 CIRURGIA PROPOSTA: *Extensão toracocelos esquissiva* TÉRMINO DA CIRURGIA: \_\_\_\_\_  
 CIRURGIA REALIZADA: *Extensão toracocelos esquissiva*  
 CIRURGIÃO: *Dra. Ayres de Souza* ANESTESIOLOGISTA: *Gaspar* INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_  
 ASSISTENTES: *1º CRM: 2º CRM:*

<b>MONITORIZAÇÃO</b>		<b>SÍMBOLOS</b>	
			
SINAIS VITAIS INÍCIO: PA <i>145x85</i> SATO <i>95%</i> FC <i>76</i>			
SINAIS VITAIS TÉRMINO PA <i>160x77</i> SATO <i>96%</i> FC <i>69</i>			
<b>TIPO DE ANESTESIA</b>			
<input type="checkbox"/> BLOQUEIO - SEDAÇÃO <input type="checkbox"/> BLOQUEIO AXILAR <input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE BIER JELCO N° 2 <input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL		<input type="checkbox"/> BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX <input type="checkbox"/> BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO N° 20 <input type="checkbox"/> BLOQUEIO PERIBULBAR <input type="checkbox"/> GERAL COMBINADA (V+1) <input type="checkbox"/> GERAL INALATÓRIA	
		<input type="checkbox"/> GERAL VENOSA <input type="checkbox"/> LOCAL <input type="checkbox"/> PERIDURAL <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO + LOCAL <input type="checkbox"/> TÓPICA	
<input type="checkbox"/> TUBO ENDOTRAQUEAL N° _____		<input type="checkbox"/> COM CUFF _____ <input type="checkbox"/> SEM CUFF _____	
		<input type="checkbox"/> MÁSCARA LARINGEANA N° _____ <input type="checkbox"/> OUTRAS _____	
<b>POSIÇÃO INTRA-OPERATÓRIA</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> DORSAL <input type="checkbox"/> VENTRAL		<input type="checkbox"/> GINECOLÓGICA <input type="checkbox"/> LITOTÔMICA	
		<input type="checkbox"/> LATERAL ESQUERDO <input type="checkbox"/> LATERAL DIREITO	
		<input type="checkbox"/> SENTADA <input type="checkbox"/> SEMI-FOWLER	
<b>PREPARO DA PELE</b>			
DEGERMAÇÃO ANTI-SEPSIA REALIZADA POR		<input checked="" type="checkbox"/> PVPI DEGERMANTE <input type="checkbox"/> PVPI ALCOOLICO <input checked="" type="checkbox"/> EQUIPE MÉDICA	
		<input type="checkbox"/> SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA <input type="checkbox"/> CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO <input type="checkbox"/> EQUIPE ENFERMAGEM	
<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS</b>			
<input type="checkbox"/> CATETERISMO VESICAL <input type="checkbox"/> GLICEMIA CAPILAR: _____ mg/dl		<input type="checkbox"/> TRICOTOMIA <input type="checkbox"/> FUNÇÃO VENOSA <input type="checkbox"/> PASSAGEM SNG <input type="checkbox"/> MSE	
		<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTROS: _____	
		<input type="checkbox"/> COLETOR <input type="checkbox"/> LANCETA	
		<input type="checkbox"/> UROSTOP <input type="checkbox"/> UND. <input type="checkbox"/> AP BARBEAR: _____ UND. <input type="checkbox"/> Sonda de Aspiração N° _____	
		<input type="checkbox"/> SNG N° _____ <input type="checkbox"/> JELCO N° _____	
<b>GARROTEAMENTO</b>			
TIPO	<input type="checkbox"/> FAIXA DE SMARCH _____ UND.		
LOCALIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> BRAÇO _____ <input type="checkbox"/> ANTEBRAÇO _____		
TEMPO	<input type="checkbox"/> INÍCIO _____ <input type="checkbox"/> TÉRMINO _____		
<b>SERVIÇOS SOLICITADOS</b>			
<input type="checkbox"/> ANATOMIA PATOLÓGICA <input type="checkbox"/> LABORATÓRIO <input type="checkbox"/> RX		<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> INTENSIFICADOR DE IMAGEM	
		LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> OUTROS: _____	
		N.º 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				DATA 16/08 2019	PRONTUÁRIO	LEITO
Alcides José da Cruz						
PROcedimento	Osteosíntese fratura Tornozelo esquerdo			SALA 04		
MATERIAL DE CONSUMO	QUANT.	UND.	TOTAL	APARElhagem		
SERINGA 1 ML 3 ML				ARCO CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 5 ML/10 ML	1/02			BOMBA DE INFUSÃO	<input type="checkbox"/>	
SERINGA 20 ML				ASPIRADOR	<input type="checkbox"/>	
KIT ACESSO CENTRAL				AUTOCLAVE	<input checked="" type="checkbox"/>	
SONDA DE ASPIRAÇÃO				INSTRUMENTAL CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
AGULHA 40X12	03			ULTRASSON	<input type="checkbox"/>	
ALGODÃO				STIMPLEX	<input type="checkbox"/>	
ÁGUA DESTILADA	02			USO DA SALA		
VPI mg/10p	200ml			INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO
SONDA VESICAL				OPERAÇÃO		
COLETOR DE URINA				CIRURGIÃO		
ESCOVA COM DEGERMANTE	03			AUXILIAR		
ATADURA COM CREPOM 15cm	02			ANESTESISTA		
ATADURA GESSADA				TIPO DE ANESTESIA		
ATROPINA				INSTRUMENTADOR		
KETALAR				OCORRÊNCIAS		
DIMÓRF						
NEOCAINA PESADA	amp	01				
LIDOCAINA	amp	01				
PROFANOL						
MIDAZOLAN						
DIAZEPAN						
TRIPENTAL						
EFORTEL						
DIPIRONA						
CEFAZOLEINA 1g	02					
FENTANIL						
FLUMAZENIL						
PLASIL						
VITAMINA K						
AMINAA						
OCTOCINA						
METHERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-GUT-CROMADO						
FIO DE ALGODÃO						
NYLON n° 3 0	02					
VYCRIL n° 1 0	04					
PROLENE						
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE	pet elund	04				
ESPARADRAPO cm	20					
LÂMINA DE BISTURI						
LUVA ESTÉRIL n° 8 0/7 5	04/03					
LUVA DE PROCEDIMENTO	03					
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	150ml	04				
SORO GLICOSADO 5%						
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMPLEX						
AQUIPO						
AGULHA DE RÁQUE	01					
TNOXICAM						

Reg. A.M. 3º Ano - Hélio Júnior  
Médico de Família - CRM-PI 10797  
End: Rua 10 de Novembro, 1000 - Centro - 64000-000 - Picos - PI  
Tel: (86) 3222-2226

MÉDICO: Dr. Agnaldo  
ENFERMEIRA(O):  
TÉC. ENFER.: Graça / Sra. M. D.

SAÚDE

FEPISERH  
Sistema de Gestão da QualidadeSistema  
Único de  
Saúde

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUIZ

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 SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO						
(JAS)						
SISTEMA RESPIRATÓRIO						
SISTEMA DIGESTIVO						
ESTADO MENTAL						
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO						
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DÓSES)						
APLICADO ÀS EFEITOS						
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO					TOTAL DE DÓSES
1						<i>Neoxánes 10ml</i>
2						<i>Flug</i>
3						<i>Amox 1000</i>
LÍQUIDOS	SO. UTO	500				
	SANGUE	400				
	OUTROS	300				
		250				
		100				
TEMPERATURA T	C°	280				
		240				
P. ARTERIAL V	38	2				
O PULSO		200				
		180				
		160				
		140				
		120				
		100				
		80				
		60				
		40				
		20				
		10				
SÍMBOLOS						
TÉCNICAS	<i>Haguenau estérile</i>				DURAÇÃO	
OPERAÇÕES					INCIDENTE / ACIDENTE	
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
CONDIÇÕES PÓS-ÓPERATÓRIAS IMEDIATAS:						
PARTICULARIDADES						



**PRODUTOS PARA SUA SAÚDE**

PROTEPI - PRODUTOS TECNOLÓGICOS DO PIAUÍ LTDA.  
CNPJ: 12.563.959/0001-14 • INSC. ESTADUAL: 19.479.154-8  
Av. Frei Serafim, 1888, Salas 01 e 03, Centro • CEP: 64.000-020 • Teresina - PI  
Fone: (86) 98884-6757 • Fone/FAX: (86) 3217-3490  
protepl@protepi.com / protepicitacao@gmail.com

## **COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM**

Nome do Hospital: Hospital Regional Justino Luz

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

Assinatura: (S) Bento

Cargo: Audi EVO

Name: Craig Hudson

Sociedade no Exercício aciona que utilizarmos o(s) material(is) aqui discriminados do paciente abaixo:

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 12/08/19

DATA DA ALTA: 11/11/11

PACIENTE-Name: Alberto José da Silva

Nº AIH: \_\_\_\_\_

Nº do Prontuário: \_\_\_\_\_ Data da Internação: 02/12/14

Procedimiento Médico Realizado: Intervención quirúrgica de la arteria tibial

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

*First Apple Patterns January  
Gardening Department  
Oneida Co. H.O.T.C.  
Oneida, N.Y.*

Alovor - 3º encontro aux

Método

Altivo forma dividido por que  
o paciente tem um desvio  
de joelho de 10 a 15°  
Método tratante corrigido  
esta lateral da articulação  
com perda de 30% da altura do  
tornozelo e articulação

(Pra mig. 1 + mss)

13/12/19

Dr. Fca. das Chagas B. Souza  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PI 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**

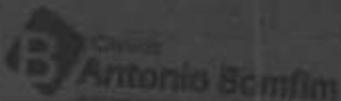
- Textura óssea reduzida.
- Material metálico de síntese fixando fratura nos maléolos lateral e medial.
- Demais estruturas ósseas visualizadas integras.
- Espaços articulares preservados.
- Placas parietais de calcificação nas artérias tibiais e dorsal do pé.
- Entesopatia aquileana e plantar de calcâneo.

  
Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto  
CRM 3255

Nome: ALCENOR JOSE DA CRUZ  
Endr: Rua 1169 90

Data: 10/12/2010

Sobrenome: FRANCISCO DAS CHAGAS E SOUSA  
Convênio: PARTICULAR  
Órgão: 61793

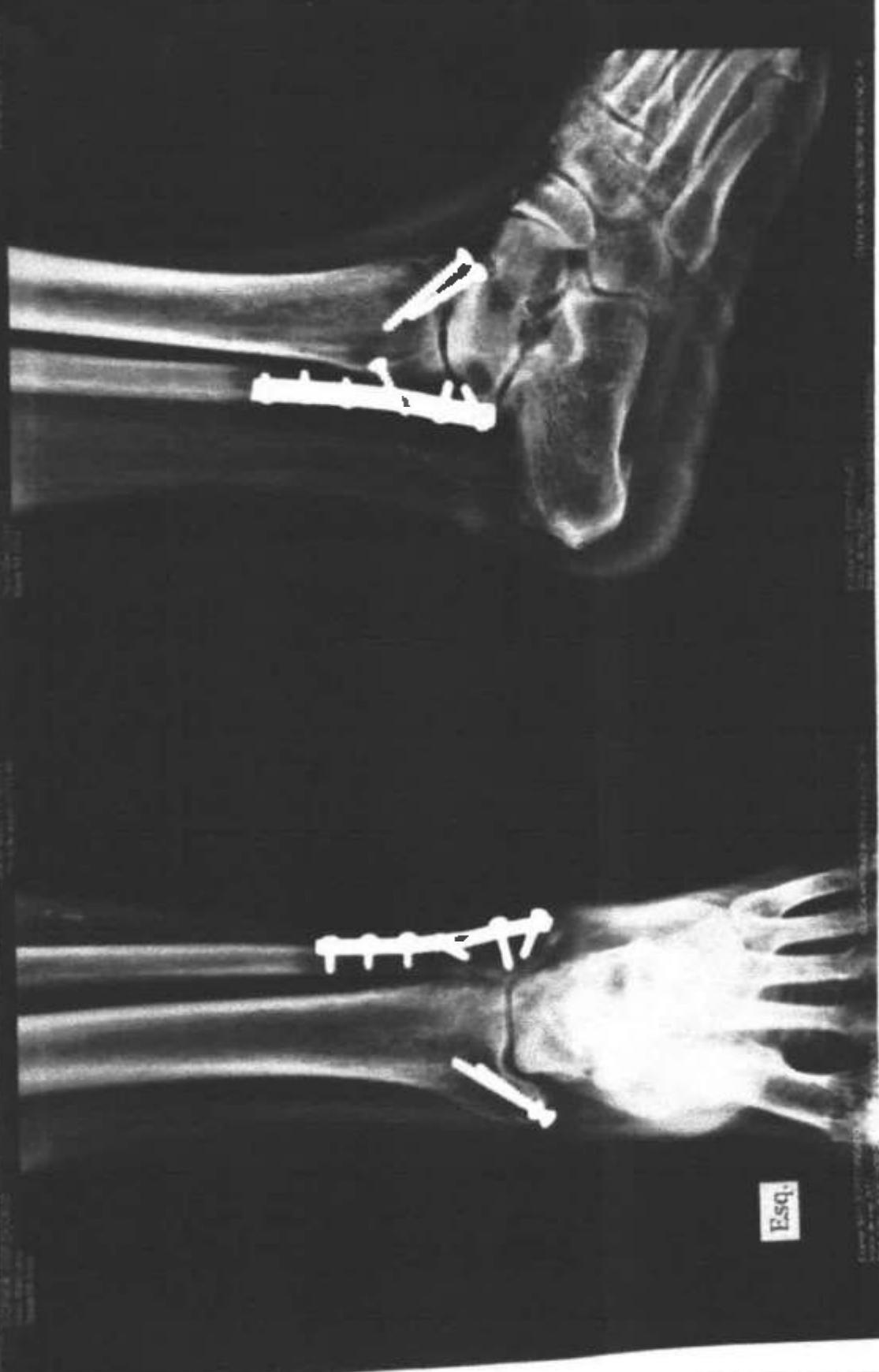


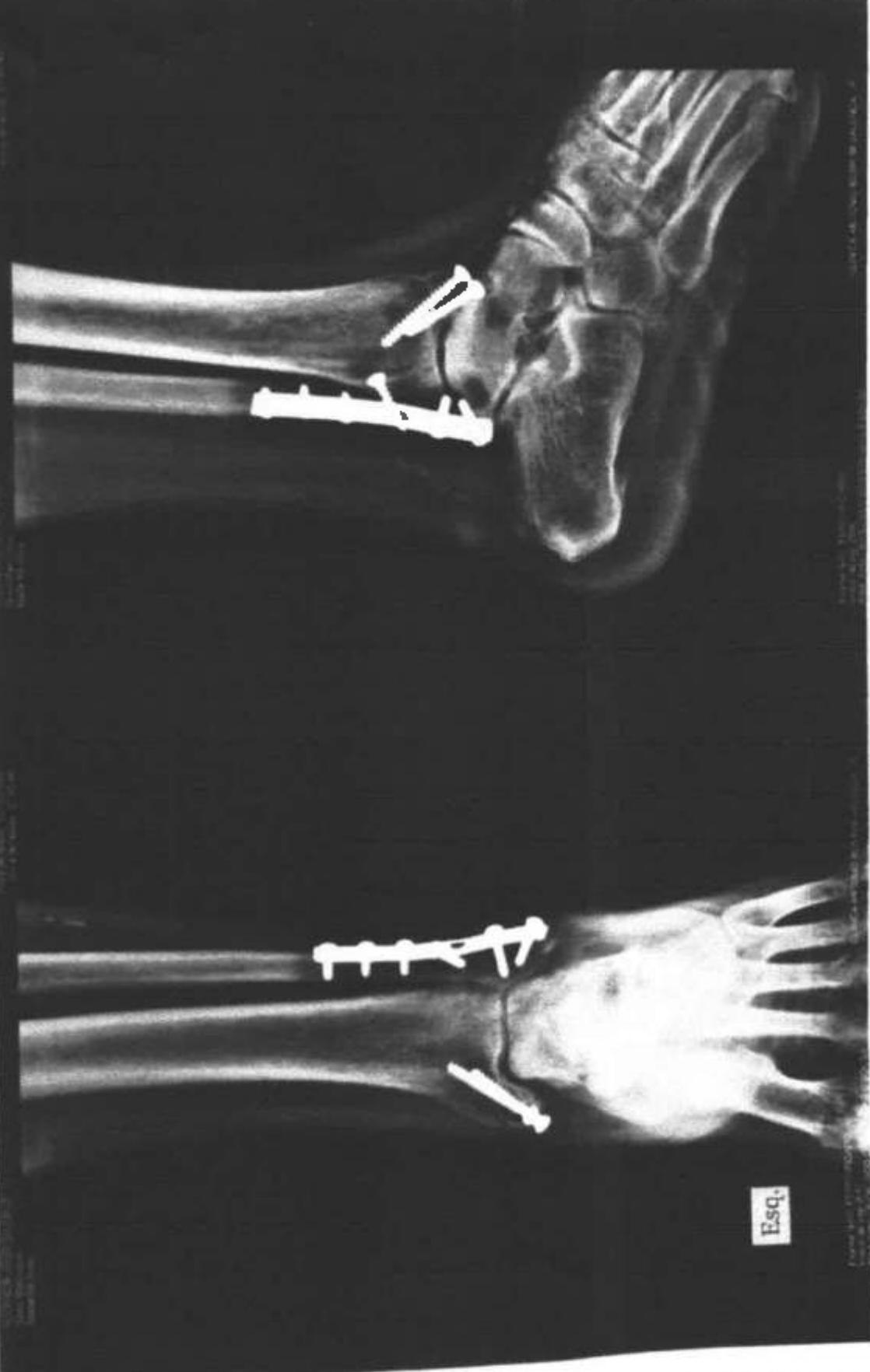
### RX DO TORNOCOLO ESQUERDO (2 INC.)

#### RELATÓRIO

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

Dr. Pedro da Paula Bonfim Neto  
CRM 3258





 Arlen Orthopaedics





## CERTIDÃO

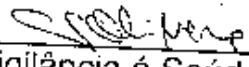
Nº. 1699/2017

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, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 20 de novembro de 2017

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 2959



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



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

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 (Ort trauma - Mangabeira).

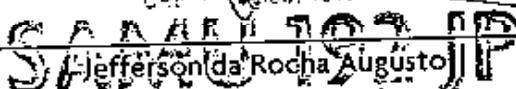
Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 01 de Agosto de 2018.

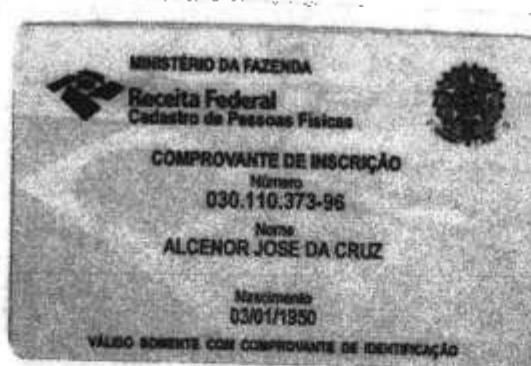
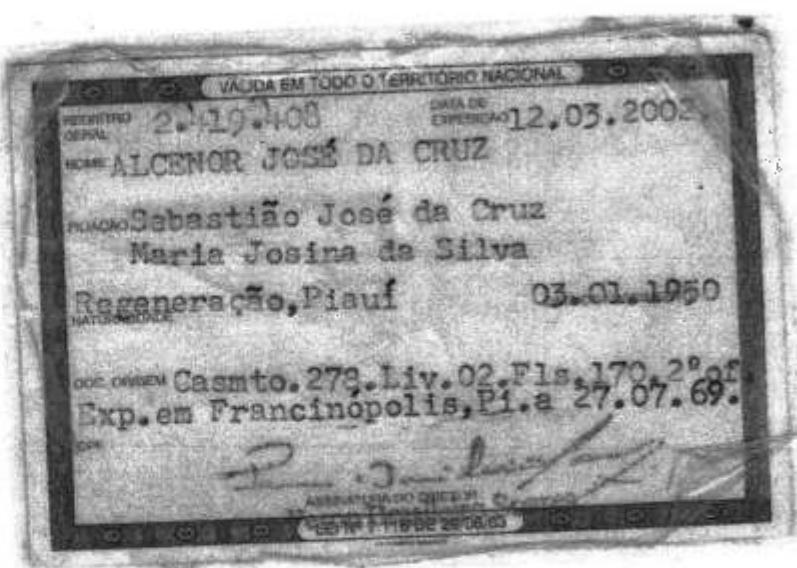
Jefferson da Rocha Augusto

Estatístico

CPF: 010.000.000-00

  
Jefferson da Rocha Augusto  
Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA







VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
REGISTRO GERAL	31655.062 - 2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	04/06/2015
NOME: WELLYSSON RYAN GOMES DA SILVA			
FILHO DE: EDSON PEREIRA DA SILVA ROSINALVA GOMES DA SILVA		DATA DE NASCIMENTO	
NACIONALIDADE: JOÃO PESSOA-PB		18/10/1995	
DOC GREEN NASC.N. 45443 FLS. 286V LIV. A43 CARTÓRIO BAYEUX - PB		123.347.264-00	
JOÃO PESSOA - PB			
ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI N° 7.118 DE 29/08/83			



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MÍNISTERO DAS GUARDAS**

DENATRAN

OETRAN - PI	Nº 011547936228
SERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	0000289916
0110	DATA HORA
1226	1 01076886512
0114	DATA HORA
9001	CARLENITA DA SILVA
5001	*****
0002	*****
2116	*****

03090423308

PIQ-0721

2016 24/02/2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GÉNERAS DE COBERTURA WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR SAC DPVAT 0800 922 1204
03090423308
PIQ-0721
2016 24/02/2016
01076886512

RAS/MOTORCICLO/MONOCICLE

GÁSOLINA

03090423308

PIQ-0721

2016 24/02/2016

HONDA/POP 110I

PARTIC

01076886512

PIQ-0721

2016 24/02/2016

02P/0109CC

PRETA

902JB0100GR022167

PIQ-0721

2016 24/02/2016

**PRÉMIO TARIFÁRIO**

000,00

PIQ-0721

2016 24/02/2016

SEGURO

PAGO

000,00

PIQ-0721

2016 24/02/2016

PBT: 000,24

PIQ-0721

000,00

PIQ-0721

2016 24/02/2016

ALIENAÇÃO FIDUCIARIA

PIQ-0721

000,00

PIQ-0721

2016 24/02/2016

ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA

PIQ-0721

000,00

PIQ-0721

2016 24/02/2016

FRANCINOPOLIS

PIQ-0721

000,00

PIQ-0721

2016 24/02/2016

**SEGURADORA LIBER - DPVAT**

CHP-J 09-2014-001-04

www.seguradadoratransito.com.br

AGO-2014

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MÍNISTERO DAS GUARDAS**

DENATRAN

OETRAN - PI	Nº 011547936228
SERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	0000289916
0110	DATA HORA
1226	1 01076886512
0114	DATA HORA
9001	CARLENITA DA SILVA
5001	*****
0002	*****
2116	*****

03090423308

PIQ-0721

2016 24/02/2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GÉNERAS DE COBERTURA WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR SAC DPVAT 0800 922 1204
03090423308
PIQ-0721
2016 24/02/2016
01076886512

RAS/MOTORCICLO/MONOCICLETA

GÁSOLINA

03090423308

PIQ-0721

2016 24/02/2016

HONDA/POP 110I

PARTIC

01076886512

PIQ-0721

2016 24/02/2016

02P/0109CC

PRETA

01076886512

PIQ-0721

2016 24/02/2016

**PRÉMIO TARIFÁRIO**

IPVA

PIQ-0721

2016 24/02/2016

SEGURO

PAGO

00000000

PIQ-0721

2016 24/02/2016

ALIENAÇÃO FIDUCIARIA

00000000

PIQ-0721

2016 24/02/2016

**SEGURADORA LIBER - DPVAT**

www.seguradotransito.com.br

AGO-2014

VIAZ

CONTRAN

VIAZ

DESTINATÁRIO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

ENDERÉÇO: RUA SENADOR DANTAS, N° 74, 15º ANDAR  
CENTRO - RIO DE JANEIRO - RJ - CEP DE N° 20031-205



95-03-20

**REMETENTE**

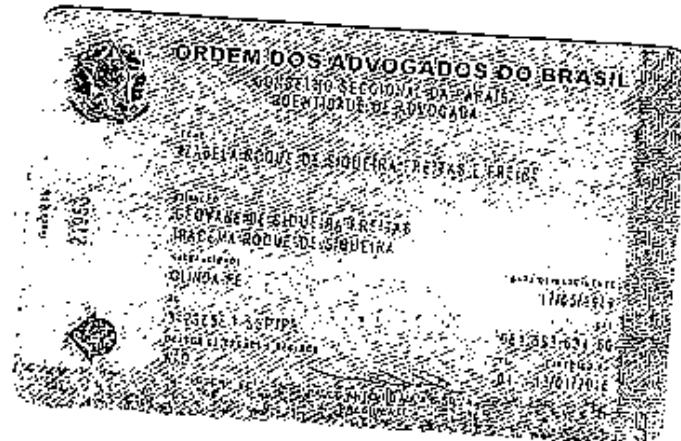
**IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE**

**(SIQUEIRA E FREIRE ADVOGADOS).**

**REFERENTE AO ACIDENTE DE WELLYSSON RYAN GOMES DA SILVA**

**ENDEREÇO: AVENIDA CRUZ DAS ARMAS, 2528, SALA N° 04-TERREO,**

**CRUZ DAS ARMAS- JOÃO PESSOA-PB- CEP DE N° 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: Wellington Ruyon Gomes da Silva

Nacionalidade: João Pessoa Estado civil: Solteiro profissão:

CPF nº 103.347.264-00 RG de nº

Endereço: Buarque de Melo, 1000, Centro

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 Cintia Beatriz Roque de Siqueira Freitas, bacharel 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 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 juiz ou administração, em qualquer plícto 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, interpor em 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 nº1.060, de 05/02/1950, que não possui condições econômico-financeiras de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejuizo 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 eficiar 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

Wellington 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# 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
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# 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: ALCENDE JOSE DA CRUZ nacionalidade BRASILEIRO  
Estado civil Solteiro, profissão APENSADEIRO, portador(a) do RG nº 2.417.408, Expedido por SSP-PI e do CPF  
020.110.373-36, residente e domiciliado na Avenida ALTO BEGERRON S/SL, bairro URBANO, CEP 64.520-000  
cidade/estado Francisco das Chagas-PI, que foi vítima de acidente/sinistro ocorrido em / / , POR ESTAR IMPOSSIBILITADO  
DE ASSINAR ESTA PROCURAÇÃO PARTICULAR POR NÃO SER ALFABETIZADO e, REGISTRADO A MARCA DIGITAL DE SEU POLEGAR  
DIREITO, ASSINANDO A ROGO da(s) FRANCISCO DE SOUSA MIGANDA nacionalidade BRASILEIRO, estado  
civil CASADO, profissão COLHEADORE, portador do RG nº 926.894, bairro ZONA RURAL,  
CEP 64.520-000, cidade/estado Francisco das Chagas-PI.

NOMEIA E CONSTITUEM COMO OUTORGADO E BASTANTE PROCURADOR PARTICULAR:

NOME, pessoa física/jurídica, inscrita no CPF/CNPJ nº 849.394.433-53, nome fantasia ADRIANA, neste  
representada por ADRIANA CARLA DE S.S. (pessoas Fisic), portador do CPF nº 849.394.433-53 com endereço  
comercial na Rua 17 MAIO, nº 125, bairro CENTRO, cidade/estado Francisco das Chagas-PI, CEP  
64.325-000, telefone CONFERINDO-LHE OS SEGUINTE 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 único 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 recédulas 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 receber a indenização devida do Seguro DPVAT e/ou do Seguro de Vida do(a) Outorgante/vítima, nas modalidades de cobertura por Morte e/ou Invalidade Permanente Total ou Parcial e/ou Despesas Médico-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 Boletins de Ocorrência, Termos de Declarações, Prontuários, junto à Força Civil, Polícia Militar Rodoviária Federal e/ou Estadual, Polícia Militar e junto à Hospitais Públicos ou Privados e/ou qualquer Serviço 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 quaisquer requerimentos, pedidos de agendamento de perícia, 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: Francisco das Chagas-PI 24.10.2019

Francisco das Chagas Miganda

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



Testemunha 1

Assinatura: Yosi Camila Pinto da Silva  
Nome: Yosi Camila Pinto da Silva  
CPF: 71.688.873-00



Testemunha 2

Assinatura: Bruna Admira Soárez Leiva  
Nome: Bruna Admira Soárez Leiva  
CPF: 504.034.003-68

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

JUZGADO DE FRANCINÓPOLIS - PI.  
CARTÓRIO ÚNICO

Reconheço verdadeira a firma de  
Cleto Alves da Silva

Em testº da verdade ~~de 2019~~ Dou fé  
Francinópolis(PI) 24 / 10 / 2019

Escrivão Judicante

CARTÓRIO ÚNICO DE FRANCINÓPOLIS-PI.  
Ireno Luciano Rodrigues  
Escrevente Designado  
Matrícula: 4149823

Cartório 1º Ofício de Elesbão Veloso

Reconheço a Firma José Sandro  
Dalbures da Silva

( ) Semelhança  
( ) Autenticidade  
Em: 20 / 10 / 2019

João Batista Nunes de Sousa  
Tabelião Público



Geanne Gleysse Vieira Santos  
Escrevente Autorizada

Cartório 1º Ofício de Elesbão Veloso

Reconheço a Firma Carlos Alves  
Silva

( ) Semelhança  
( ) Autenticidade  
Em: 21 / 10 / 2019

João Batista Nunes de Sousa  
Tabelião Público



Geanne Gleysse Vieira Santos  
Escrevente Autorizada

## 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: Willerson Ruyon Gomes da Silva

Nacionalidade: João Pessoa Estado civil: Solteiro profissão:

CPF nº: 123.347.264-00 RG de nº

Endereço: bairro Bacuri, João Pessoa

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 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 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 juiz 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, interporem 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 subscreverem 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

Willerson 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

Data do acidente: 04/08/2019

CPF: 030.110.373-96

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALCENOR JOSE DA CRUZ

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-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

**CPF de:** Próprio

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

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

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## 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

**CPF de:** Próprio

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

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

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

## 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 FREIR

Paulo Victor Soares Sant'Ana

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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, retorno 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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



**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?

[ **X** ] 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 sequelas (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ **X** ] 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 ás 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:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASE:

3 - CPF da vítima:

030.110.373.96 Alceno José da Cruz

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

Alceno José da Cruz

6 - CPF:

030.110.373.96

7 - Profissão:

Aposentado

8 - Endereço:

Av. Antônio Bezerra

9 - Número:

516

10 - Complemento:

Tubau

11 - Bairro:

Tubau

12 - Cidade:

Francinópolis

13 - Estado:

Piauí

14 - CEP:

64.520-000

15 - E-mail:

Recurso de

16 - Tel. (DDD):

(86) 99981-6008

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:

 RECUZO 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)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 5397 5

CONTA: 0674013 8

(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de 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 SÓMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SÓMENTE 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:

MORTE

NÃO AUTORIZADO

30 - Vítima:  Sim  Não29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?  Sim  Não30 - Vítima deixou nascituro(falhaz)?  Sim  Não31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos:33 - Vítima deixou pais/vôis vivos?  Sim  Não

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

Francisco de Souza Miranda

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

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

Ylancisco de Souza

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

38 - 1º | Nome: Jose Sandro Palhares da Silva

CPF: 771.688.873-00

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: Leda Odilene de Souza Silva

CPF: 504.034.903-58

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Francisco de Souza Silva

Assinatura de Souza Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura da Vítima/Beneficiário (declarante)

FPP.001 V002/2019

44 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

1340 v. 1.1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 231803.000061/2019-62

Unidade de Registro: DP DE ELESBÃO VELOSO

Resp. pelo Registro: Aecio Antonio Coimbra De Castro

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE FRANCINÓPOLIS

04/08/2019 - 18:30

Tipo Local:

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço

ZONA URBANA DE FRANCINÓPOLIS, N°:

Ponto de Referência

Complemento

CHAPADA DO BREJO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ALCENOR JOSÉ DA CRUZ

Tipo Envoly.: VITIMA/Noticiante

RG: 2419408 SSP PI

Mae: MARIA JOSINA DA SILVA

Pai: SEBASTIÃO JOSÉ DA CRUZ

Endereco: RUA LOURIVAL MOREIRA, N° S/N

Bairro: PRÉ-JUDICADO

Cidade: FLANCINÓPOLIS

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1. Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam: Cor:

1 - HONDA POP110i

2016 PIQ0721

01076886512 Preta

Condutor: ALCENOR JOSÉ DA CRUZ

Cidade: FLANCINÓPOLIS UF: PI Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

No inicio 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.

Aecio Antonio Coimbra De Castro - Mat.  
AGENTE DE POL

ALCENOR JOSÉ DA CRUZ - Noticiante  
Responsável pela Informação

Lucy Kelly Leal Marinho  
Delegada Geral da Polícia Civil-PI  
Mat.: 156.331-7



**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,**

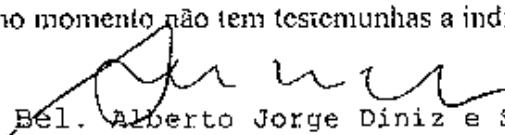
Solicito de Vossa Senhoria que seja submetida a exame traumatológico a pessoa abaixo mencionada:

**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**  
P A R A I B A



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 29 de agosto de 2018.

*José Sávio Araújo Negreiros*  
JOSE SATILO ARAUJO NEGREIROS

Agente de Investigacao

*Willysson Rayan Gomes da Silva*  
WILLYSSON 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 Sául Araújo 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) Fato(s):**

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: LESAO 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 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.

**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 Sául Araújo 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, excepto a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASE:

3 - CPF da vítima:

030.110.373.96 Alceno José da Cruz

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

Alceno José da Cruz

6 - CPF:

030.110.373.96

7 - Profissão:

Aposentado

8 - Endereço:

Av. Antônio Bezerra

9 - Número:

516

10 - Complemento:

Tubau

11 - Bairro:

Tubau

12 - Cidade:

Francinópolis

13 - Estado:

Piauí

14 - CEP:

64.520-000

15 - E-mail:

Recurso

16 - Tel. (DDD):

(86) 99981-6008

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:

 RECUZO 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)

AGÊNCIA:

[ ]

CONTA:

[ ]

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: [ ]

CONTA: [ ]

[ ]

(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de 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 SÓMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SÓMENTE 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:

MORTE

NASCIMENTO

FATIGA

ESTRÉIA

TESTIMONIAL

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: 00000674013-8

---

Nr. Autenticação

BRADESCO25112019050000000002370579700000674013168750 PAGO

**cepisa**

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Marechal 758 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 00.5902-746/0001-60 | Inscrição: 19.301.363-9  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 0-1  
Regime especial de Imprensa autorizada pela SEPIZ 01/98.

Vou pagar minha conta  
desse nome >>  
meu NÚMERO! >>

SEU CÓDIGO

0351844-2

CONTA MÊS

VENCIMENTO  
15/05/2019

CONSUMO (kWh)

83

TOTAL MONETÁRIO  
46,79

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

ROT: 27.691.07.35.061700

BARÇOS DA LEITURA

Araú: 5499	Alm. 28/05/2019
Anterior: 5416	Próximo Leitura: 07/06/2019
Constante de Multílicoação:	Próxima Leitura: 07/06/2019
Consumo Medido: 83	Envio: 07/05/2019
Consumo Faturado: 83	Apresentação: 08/05/2019
Período de Faturamento: NORMAL	Código de Impronta/Identificação: 29
Dia de Consumo: 29	

DETALHES DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe Tributária	Imposto	Número Medidor	Período	Código Faz.	Média 12 meses
PF/127-000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	1.4.1.1	91	

Mês/Ano consumo		DESCRÍPCAO DA CONTA	
ABR/19	85	CONSUMO	30 A R\$ 0,287903 = 8,67
MAR/19	94	53 A R\$ 0,493547 =	26,15
FEV/19	96	CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSIP)	2,24
JAN/19	61	DIFERENÇA DE TARIFA	33,49
DEZ/18	96	SUBVENÇÃO BAIIXA RENDA	24,04
NOV/18	92	CORREÇÃO MONETÁRIA 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 BAIIXA RENDA	0,10
JUL/18	86		
TARIF- 03/19-00			
2019-03-01 00:00:00			
2019-03-31 23:59:59			
2019-04-01 00:00:00			

## NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Hes/Año Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão no fornecimento de energia elétrica a partir de 20/05/2019, e não pagamento por débitos anteriores ao dia 20/05/2019, o que ensejará o corte do fornecimento de energia. Caso tanto permaneça o não pagamento, fará o desligamento definitivo.

Declaro/ro que quito os débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12007/09).  
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 614F.88AA.9783.FEEE.S2F6.9984.59B7.D646

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Distribuição: 14,36	Base de Cálculo: 68,27	53,25
Energia: 27,72	Alíquota ICMS: 22,00%	
geração: 4,69	Valor de ICMS: 15,01	
Encargos: 2,29	Valor do PIS: 1,40%	0,75
Tributos: 19,21	Valor do COFINS: 6,49%	3,45

INDICADORES DE CONSISTÊNCIA

	DNE	TIC	DNEC	GIC
Límite	7,27	14,55	29,06	3,68
Atividade	0,00	0,00	0,00	0,00
Geografia	HOVO ORIENTE	03/2019	15,98	