

Screenshot of a web browser showing a legal document from the PJe system.

The main title is "ProceComCiv 0802110-47.2019.8.18.0049".

The document ID is "9677049 - CONTESTAÇÃO (2719319 CONTESTACAO 01)".

It was filed by "ALESSO MENDES DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR..." on "13 May 2020".

The document is titled "JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO" (Petition of Contestation).

It contains several attachments:

- 9677049 - CONTESTAÇÃO (2719319 CONTESTACAO 01)
- 9677051 - DOCUMENTO COMPROBATORIO (2719319 CONTESTACAO Anexo 02)
- 9677052 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
- 9677053 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
- 9677055 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO )

The document is a scanned image of a document from "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS".

The text on the document reads:  
EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE ELESBÃO VELOSO/PI  
Processo: 08021104720198180049

At the bottom, it says "SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro"

The browser toolbar shows various PDF files open, including "Certidão de arquivamento.pdf", "Certidão Trânsito.pdf", "Cumprimento de sentença.pdf", and "documentos.pdf".

The status bar at the bottom right shows "PT", "13:15", and "13/05/2020".



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE ELESBAO VELOSO/PI**

**Processo:** 08021104720198180049

**SÚMULA 474 STJ:** "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

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

### **CONTESTAÇÃO**

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

#### **BREVE SÍNTSE DA DEMANDA**

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **12/12/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **30/07/2019**.

A parte autora OMITE o fato de ter ingressado com o pedido administrativo, tendo recebido o valor conforme a legislação vigente.

Ressalta-se que a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na esfera administrativa, no importe de **R\$ 843,75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)** sendo este valor correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada.

Repita-se que o pagamento administrativo realizado foi de acordo com percentual indenizável para as supostas lesões suportadas pela parte autora, segundo a graduação da repercussão sobre a importância máxima segurada, em total consonância com o parecer médico pericial.

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

## **PRELIMINARMENTE**

### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

### **DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO**

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015<sup>2</sup>.

## **DO MÉRITO**

### **DA VALIDADE DO REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

Verifica-se Nobre Magistrado que o boletim de ocorrência policial acostado aos autos, trata-se de mera certidão, a qual foi comunicada pelo próprio autor, documento este produzido unilateralmente, a conveniência do interessado, assim, não tem validade alguma para a presente lide.

Há de ser considerado que o boletim de ocorrência policial anexo aos autos, somente foi registrado apenas em 30/07/2019 após 7 MESES da data do alegado acidente noticiado.

Ademais, o boletim de ocorrência policial foi relatado pelo próprio autor a sua conveniência, sem testemunhas, e sem a presença da autoridade competente no local.

---

<sup>1</sup>[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

<sup>2</sup>[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Em análise ao presente feito, verifica-se com estranheza que não foi apresentado Boletim de Ocorrência da data do sinistro supostamente ocorrido em 12/12/2018, não podendo ser considerado o registro de ocorrência policial apresentado como prova cabal do acidente noticiado nesta demanda.

Destarte, cabe alertar ao Nobre Julgador que, além de não ter sido apresentado o Registro de ocorrência da época do acidente, o comunicante CONVENIENTEMENTE É A VÍTIMA E AUTOR da presente lide o que causa grande espanto!

Ressalta-se ainda o fato de que além de a vítima ser comunicante do suposto acidente, foi elaborado através dos fatos narrados pelo mesmo de forma unilateral, sem que nenhuma testemunha ou outro vitimado prestassem depoimento.

**Não há justificativa para delonga tão grande**, qualquer parente, amigo do autor, poderia ter comunicado o acidente a época do sinistro na delegacia competente.

No caso em apreço, exigir da ré o pagamento da indenização sem a existência de comprovação da veracidade do acidente, descharacteriza a atividade definida como seguro. Essa prova documental incumbe à parte Autoral, em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do NCPC/15.

Desta forma a Ré requer a IMPROCEDENCIA TOTAL do pedido inicial, com fulcro nos artigos 487, I, do NCPC/15.

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

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC<sup>3</sup>.

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

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

#### **DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA**

É incontrovertido na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

---

<sup>3</sup>"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML.

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

**PARECER DE ANÁLISE MÉDICA****DADOS DO SINISTRO**

Número: 3190465427 Cidade: Francinópolis Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: ALESSO MENDES DA SILVA Data do acidente: 12/12/2018 Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

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

Data da análise: 18/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.  
TRAUMA CORTO CONTUSO EM JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

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 LEVE DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

**DANOS**

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

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

***“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”***

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituir a através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vínculo de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

### **DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO**

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 12/12/2018. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos).

BANCO DO BRASIL

#### COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: ALESSO MENDES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01607

CONTA: 000000069708-1

---

Nr. da Autenticação C2F21722668265E9

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais<sup>4</sup>.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

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

---

<sup>4</sup>RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ<sup>5</sup>.

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

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

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

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

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 843,75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)**.

### **DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA**

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

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

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios<sup>6</sup>, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

---

<sup>5</sup>**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

<sup>6</sup>“**PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUAO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º,VIII, da Lei nº 8078/90. 3. Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a

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

## **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>7</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>8</sup>

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

## **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

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

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

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

## **CONCLUSÃO**

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

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

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

---

*inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).*

<sup>7</sup>“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

<sup>8</sup>art. 1º. (...)

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

prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

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

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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

ELESBAO VELOSO, 13 de maio de 2020.

**EDNAN SOARES COUTINHO  
1841 - OAB/PI**

## QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

**Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.**

**TABELA DE GRAADAÇÃO**

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

## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob nº 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ALESSO MENDES DA SILVA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **ELESBAO VELOSO**, nos autos do Processo nº 08021104720198180049.

Rio de Janeiro, 13 de maio de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



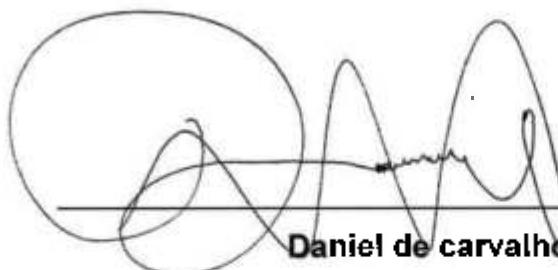
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA CIVIL JUDICIÁRIA  
DELEGACIA GERAL DA POLICIA CIVIL  
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE ELESBÃO VELOSO - PI



### Termo de retificação

CERTIFICO, para os devidos fins e por ser a expressão da verdade, que o proprietário do veículo honda /biz 125 es, placa NIO-4506, ano 2010-2010 pertence a senhora MARIA DE OLIVEIRA SILVA conforme boletim de ocorrência nº 231803.000045/2019-71 referente a um acidente de transito. **O Referido é verdade e dou fé.**

Elesbão Veloso-PI, 12 de agosto de 2019.



Daniel de carvalho silva

Delegado de Policia Civil – Mat. 3112900

DPVAT

J CORRETORA  
DE SEGUROS

13 AGO 2019



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



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 231803.000053/2019-16

Unidade de Registro: DP DE ELESBÃO VELOSO

Resp. pelo Registro: Aecio Antonio Coimbra De Castro

Data/Hora: 05/09/2019 - 16:42

### DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE FRANCINÓPOLIS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

FLANCINÓPOLIS

Endereço

PI 224, N°:

Complemento

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

Data/Hora

12/12/2018 - 17:00

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ALESSO MENDES DA SILVA

RG: 310927 SSP PI

Mãe: IRISMAR MENDES DA SILVA

Pai: ANTONIO TOLENTINO DA SILVA

Endereço: POCOADO MARIADA VERMELHA, N° S/N

Complemento: ZONA RURAL

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: FLANCINÓPOLIS

Tipo Envolv.: VITIM/VNoticiante

### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

### VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA BIZ 125 ES

Ano: Placa: Chassi:

2010 NIO4506

Renavam:

223110675

Cor:

Vermelha

Condutor: ALESSO MENDES DA SILVA

Cidade: FLANCINÓPOLIS UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

### RELATO DA OCORRÊNCIA

O DECLARANTE VEIO ATÉ ESTA DELEGAÇÃO PARA COMUNICAR UM ACIDENTE QUE ENVOLVEU A SUA PESSOA E TEVE SEGUINTE DINÂMICA: O DECLARANTE VINHA EM SUA MOTOCICLETA NA PI- 224, QUE LIGA A CIDADE DE VÁRZEA GRANDE À CIDADE DE FRANCINÓPOLIS-PI, QUANDO COLIDIU COM UM JUMENTO QUE ATRAVESSAVA A PISTA E CAIU NO LOCAL, QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES E LEVADO ATÉ O HOSPITAL REGIONAL JUSTÍCIA PORTELA, NO MUNICÍPIO DE VALENÇA DO PIAUÍ, PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS, QUE POSTERIORMENTE FOI LEVADO AO HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ, NA CIDADE DE PICOS PI, ONDE FOI FEITO EXAME DE RAYO-X E CONSTATADO FRATURA NA MÃO DIREITA, ERA O QUE TINHA DE DECLARAR.

Aecio Antonio Coimbra De Castro - Mat.  
AGENTE DE POL

ALESSO MENDES DA SILVA Noticiante  
Responsável pela Informação

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASC: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
 045.847.113-97 Aleno Mendes da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 446/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Aleno Mendes da Silva	045.847.113-97		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
barbeiro	Av. Presidente Tancredo Neves	51	barbeiro
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Zona Rural	Francinópolis	PI	64.520.000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):		
recurso_se	186) 9984-6008		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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:  
 REUSSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1607 CONTA: 69708 1  CONTA CORRENTE (Todos os Bancos)  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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

06 AGO 2019

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

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

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

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

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

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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (veio nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34 \_\_\_\_\_ 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
 \_\_\_\_\_

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

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

40 - Local e Data, Francinópolis - PI - 30.07.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

LEIA DA ECONÔMICA FEDERAL  
SAC 0800 726 0101  
DIVISÓRIA 0800 725 7474

211-809165897-2  
30/JUL/2019 HORÁ DE 13:09:34  
DT: 16.012722 0 TIRM: 025222  
DCALIDADE: ELESBÁO VELOSO  
RG. VINCULADA: 1607 CONTROLE: 408828759

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM DINHEIRO  
1607 013 00069788-1  
ALESSO MÉNDES DA SILVA

VALOR : 000  
1<sup>a</sup> VIA

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO  
DO CREDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS  
211-809165897-2



HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

AV SANTOS DUMONT,

CENTRO, VALENCIA DO PIAUÍ/PI - 64300-000

CNPJ: 06553564001100

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

HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

**Ficha de Atendimento (Emergência)**

Atendimento: P0226155

Registro: 103010

Data: 12/12/2018

Hora: 21:38:00

Funcionário: EDIMAR

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 90

SUS

CPF: - RG: 3109927 - SUS: 160052479060004

Civil: CEP: 64520000

Cidade: FRANCINOPOLIS/PI

Pai: ANTONIO TOLENTINO DA SILVA

**ALESSO MENDES SILVA**

Nasc.: 08/03/1991 Idade: 27 ANOS, 9 MESES, 4 DIAS Profissão:

End.: PODOADO MALHADA VERMELHA, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Cor: PARDA

Telefone: ( ) -

Mãe: IRISMAR MENDES DA SILVA

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGENCIA

**Procedimentos**

0301060037 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO BASICA

030101004B CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENCAO ESPECIALIZADA (EXCETO MEDICO)

História Clínica/Exame físico:

Paciente refere ter sofrido  
acidente motociclistico, quebra obliter em ponto D  
Exames Complementares: RX evidencias fractura fechada, composta,  
radio distal direito

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

 Internação

Diagnóstico provável:



Prescrição Médica:

Solicito regularização ortopédica.

J CORRETO  
DE SEGUROS

08 AGO 2019

DPVAT

**Anotações da Classificação de Risco**

Hora: 21:40:31

Prioridade:

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

Rx/História:

Alergias: NAO

**Medicação Usual:**

PA: 0 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 rpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemla: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: ENCAMINHADO PARA REALIZAR RAIOS X

Rosanna Rafena  
Enfermeira  
COREMEPI 295.175

Conduta:

295179 - ROSANNA RAFENA R. BARBOSA  
Enfermeiro Responsável**Dados da Alta** Alta  Óbito  Evasão  Transferencia

Destino: \_\_\_\_\_

Hora:

D. Francisco Dantas III  
Medico  
CRM-PI 5994  
642-71-623-35  
5994 - FRANCISCO DE CARVALHO DANTAS TERCEIR  
Médico Responsável

ALESSO MENDES SILVA  
Paciente ou Responsável

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: ALESSO MENDES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01607

CONTA: 00000069708-1

---

Nr. da Autenticação C2F21722668265E9



cepisa

PARA contatos  
0250659, Informe  
seu NOME/CH

0250659-9

**COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ**  
Av. Marechal 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B+  
Regime especial de Impressão autorizada pela SEFAZ/DE/PI

Nº da Nota Fiscal: 023168305

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2019	21/06/2019	115	110,58

IRISMAR MENDES DA SILVA  
PV MALHADA VERMELHA S/N B-RURAL  
CPF: 00005202092814  
CEP: 64.520-000 - FRANCINOPOLIS

ROT: 32.691.12.83.057300

DADOS DA LEITURA	KWH	DATAS DA LEITURA
Anterior:	9840	Anterior: 14/06/2019
Anterior:	9725	Anterior: 16/05/2019
Constante de Multiplicação:		Multiplo Leitura: 16/07/2019
Consumo Medido:	115	Entrevista: 13/06/2019
Consumo Faturado:	115	Apresentação: 14/06/2019
Forma de Faturamento: NORMAL	Código de Impronta/Identificação:	Diário de Contabilidade: 29

Classe/Subclasses	Número	Hábito	Hábito Medidor	Ponto	Código Ref.	1446912
RESIDENCIAL	MONO		A1427113			

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/Ano consumo	CONSUMO 115 A R\$ 0,863722 = 99,32
MAR/19 116	CONTR. ILUMINAÇÃO PÚBL. (COSIP) 8,56
ABR/19 104	CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00 0,33
MAR/19 109	MULTA POR ATRASO 05/19-00 2,01
FEV/19 124	JUROS POR ATRASO 05/19-00 0,36
JAN/19 118	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,59
DEZ/18 113	
NOV/18 161	
OUT/18 145	
SET/18 156	
AGO/18 145	
TOTAL DA SEM TRIBUTO:	
■ A 115 - 0,863722	

**NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM**  
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 15 16 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 13/06/2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

Você pode entrar pelos canais de atendimento da sua Unidade Consumidora 1, 6, 10, 14, 18 ou 25, entre em contato com a sua Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO: 6434.CE56.8C8D.B410.7521.BC86.59C2.8AFA

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
20,00	55,32 77,47
Distribuição: 40,33	Base de Cálculo: 22,00%
Energia: 6,82	Aliquota ICMS: 21,85
Transmissão: 3,33	Valor do ICMS: 1,48% 1,09
Encargos: 27,96	Valor do PIS: 6,49% 5,02
Tributos:	Valor do COFINS:

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DNC	FIC	DNC	DNC	DNC	DNC	DNC
Mês:	7,37	14,93	29,06	5,68	7,35	14,78	4,24
Ano:	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Período de Apresentação:	04/2019		04/2019		04/2019		04/2019
Conselho:							
Novo Oriente							
Comunicação:							

ROT: 32.691.12 # 457300

J CORRETORA  
DE SEGUROS

06 AGO 2019

DPVAT

TIM S.A.  
Rud. Usandino Logueiro, 1514  
CENTRO - TERESINA - PI  
CNPJ: 02.421.421/0924-08 - IE: 134445855  
CNPJ da Netrix: 02.421.421/0001-11



Página 1 de 2

R\$ 158,05

VENCIMENTO  
25/05/2019

EMISSÃO: 07/05/2019

POSTAGEM: 17/05/2019

FATURA: 3806497148

CLIENTE: 1.674.237.73

CPF/CNPJ: 849.939.443.53

ACESSO: 86 99999-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

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

### IMPORTANTE PARA ADRIANA

Agora você conta com o TIM PRA MIM! O programa de relacionamento feito pra você. São descontos e vantagens em diversas áreas, como gastronomia, viagens e compras online. Que tal um desconto pra fazer aquela viagem, jantar fora no final de semana ou presentear algum amigo? Não precisa se cadastrar e não tem custo adicional! Acesse o aplicativo Meu TIM pelo seu smartphone, entre na área TIM PRA MIM e escolha o benefício de seu interesse.

### RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007

Serviços TIM S.A.	VALOR
Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 158,01
CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 8,04

### 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)

Desl. Relac 25% Oferta TIM Pós C Plus  
Subtotal

10 GB de Internet

Minutos locais e DDD com 41

10GB de Internet para Vídeo

TIM Music

TIM Banco Virtual

TIM Backup 30GB

TIM Video Premium

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	-	1/6	30	07/04 a 06/05	159,99
10GB	418,2MB	1	30	07/04 a 06/05	49,98
Ilimitado	181m36s	2	30	07/04 a 06/05	Incluído
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
Total de Mensalidades					R\$ 159,01

### MAIS DETALHES DA SUA CONTA

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

IMPORTE TOTAL	ALQUÍLIA	BÁSE DE CÁLCULO	VALOR FUST	VALOR FUNTEL
1056	30%	R\$ 127,26	R\$ 35,15	R\$ 0,03
PS CORPAS - Serviços Telefônicos	30%			
PS CORPAS - Serviços Não Telefônicos	30%			

Entendimento à L5 127412022  
As contribuições ao FUST (2%) e FUNTEL (0,9%) não são representativas ao consumo

Informações Complementares - Planos e Serviços de Valor Adicionado (SVA)  
Inclusive no(s) Planos(s)

Franchising	R\$ 245,09
SVA	R\$ 54,50
Descontos Franchising	R\$ -36,17
Descontos SVA	R\$ -13,85

06 AGO 2019

DPVAT



Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e ainda ganha um bônus de internet todo mês. 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  
MAI/2019

DATA DE EMISSÃO  
07/05/2019

DATA DE VENCIMENTO  
25/05/2019

VALOR  
R\$ 158,05

94640000001 - 0 58050102017 - 3 00380649714 - 5 80121536776 - 5

VIA BANCO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## 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)  
 Capital e regiões metropolitanas: 4020-2596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

**SAC** (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 32 59 | **SAC** (para deficientes auditivos e da fala): 0800 022 12 06 | **Central Oftalmologia**: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINALASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI N° 8.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Carla de Souza Silva  
 inscrito (a) no CPF/CNPJ B49.394.433 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Alonso Mendes da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.847.173 / 97,  
 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Alonso Mendes da Silva,  
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.847.173 / 97, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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.

Enderço:	<u>Rua Sete de Setembro</u>	Número:	<u>244</u>	Complemento:	<u>Centro</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Elbas Veloso</u>	Estado:	<u>Piauí</u>
E-mail:	<u>carladianasousa@gmail.com.br</u>			Tel.(DDD):	<u>(86)99981-6008</u>

Local e Data: Elbas Veloso, PI 31.07.2019

**J CORRETORA  
DE SEGUROS**

Adriana Carla de Souza Silva  
 Assinatura do Declarante

16 AGO 2019

**DPVAT**

# DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022.52.04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022.81.89 | SAC (para defensores auditivos e de fala): 0800 022.12.06 | Central Ouvidoria: 0800 021.91.35

Eu, Maria de Oliveira Silva,

RG nº 1.078.480, data de expedição / / ,

Órgão SSP - PI, portador do CPF nº 301.144.633-87,

com domicílio na cidade de Francinópolis, no Estado de Piauí,

localidade Cabeça do Boi, nº 511,

complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Alessio Mendes da Silva, cujo o condutor era

Alessio Mendes da Silva.

Veículo: Motocicleta Modelo: Honda Biz ES Ano: 2016/2010

Placa: PI-0-4506 Chassi: 9GZJC4220AB352300

Data do Acidente: 12/12/2018

J CORRETORA  
DE SEGUROS

06 AGO 2019

Local e Data: Francinópolis - Piauí - PI 30.07.2019 DPVAT

a Maria de Oliveira Silva

Assinatura do Declarante



ALESSIO MENDES DA SILVA

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



VIRE

JUÍZIA DE FRANCINÓPOLIS - PI.  
CARTÓRIO ÚNICO

Reconheço verdadeira e firme a autenticidade do documento  
irreno luciano rodrigues  
Em test<sup>o</sup> da verdade irreno Dou fé  
Francinópolis(PI) 30 / 07 / 2019

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

Senha **90**

CPF: - RG: 3109927 - SUS: 160052479060004

Civil: CEP: 64520000  
 Cidade: FRANCINOPOLIS/PI  
 Pai: ANTONIO TOLENTINO DA SILVA

**ALESSO MENDES SILVA**

Nasc.: 08/03/1991 Idade: 27 ANOS, 9 MESES, 4 DIAS Profissão:  
 End.: Povoado MALHADA VERMELHA, 0 - Bairro: ZONA RURAL  
 Cor: PARDAS Telefone: ( ) - Mãe: IRISMAR MENDES DA SILVA

Clinica: CLINICA GERAL

Demandas: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de **URGÊNCIA**

**Procedimentos**

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

**História Clínica/Exame físico:**

Paciente refere ter sofrido

Hora: \_\_\_\_\_  
 Internação

acidente motociclistico, quando colidiu em um muro D  
**Exames Complementares:** RX evidenciar fratura fechada, completa, radio distal direito

**Diagnóstico provável:**

*Sabato regular, ortopedia.*



Prescrição Médica:

**J CORRETOR  
DE SEGUROS**

06 AGO 2019

**DPVAT**

**Anotações da Classificação de Risco**

Hora: 21:40:31

**Prioridade:**

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

x / História:

**Alergias:** NAO

**Medicação Usual:**

PA: 0 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 rpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

**Observação:** ENCAMINHADO PARA REALIZAR RAIO X

Assessoria Profissional  
 Enfermeira  
 COREM-PI 295.175

**Conduta:**

295179 - ROSANNA RAFENA R. BARBOSA  
 Enfermeiro Responsável

**Dados da Alta**

Alta  Óbito  Evasão  Transferência

Destino: \_\_\_\_\_

Hora:

Dr. Francisco Dantas III  
 CRM-PI 5994  
 042-7132-23-35

*Saíste membro da SAV4*

ALESSO MENDES SILVA  
 Paciente ou Responsável

5994 - FRANCISCO DE CARVALHO DANTAS TERCEIR  
 Médico Responsável

# UNIDADE MISTA DE SAÚDE PEDRO LOPES

Rua Abdow Portela, Nº 495 - Fone: 3472-1140  
CNPJ: 06.553.564/0068-45 • Francinópolis-PI

Nome: Alessio Mendes Silva

Registro: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Inf: \_\_\_\_\_

Data / Hora	Prescrição Médica	Horário	Relatório de Enfermagem
	#Acidente de motociclista  Paciente 27 anos, BEG, consciente, orientado, Normotensão, glasgow 15, fraco. A apresenta múltiplas lesões abertas, edema em punho direito e pouca mobilidade na mesma. Paciente estável hemodinamicamente  CD: Sutura + Aspirina e anticoagulante de ferida de joelho esquerdo + vacina Antitetânica. Solicito Rx de punho direito		
	Obs: Se fratura presente em punho direito solicite ao colega plantonista para regular paciente para hospital de referência para imitará uma Viagem até o município e não transferir o paciente. A ambulância do município de Francinópolis-PI irá agendar para possível transferência. Agradecemos atenção desde já.		
	 Dr. Alessio Mendes Silva CRM-PI 7385		

90.3%

91.7%



**HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ**  
 Praça Antenor Neiva,  
 BOMBA, PÍCOS/PI - 64601-391  
 CNPJ: 06.553.564/0102-81  
 (89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

**Ficha de Atendimento (Emergência)**

Atendimento: P0594820

Registro: 402796

Data: 13/12/2018

Horário: 00:22:00

Funcionário: FRAN

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

**Senha 3**

**SUS**

**ALESSO MENDES DA SILVA**

Nasc.: 08/03/1991 Idade: 27 ANOS, 9 MESES, 5 DIAS Profissão: LAVRADOR  
 End.: MALHADA VERMELHA, 0 Bairro: POVOADO  
 Cor: PARDA Telefone: (89) 9994-28042 Mãe: IRISMAR MENDES DA SILVA

CPF: - RG: 3109927 - SUS: 160052479060004

Civil: CEP: 64520-000  
 Cidade: FRANCINÓPOLIS/PI  
 Pai: ANTONIO TOLENTINO DA SILVA

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: AMB DE FRANCINÓPOLIS - PI

Atendimento de **URGÊNCIA**

**Procedimentos**

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

**História Clínica/Exame físico:**

*Acidente de moto, caiu de moto, feriu o punho direito, dor no pulso.*

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

Internação

**Exames Complementares:**

**Diagnóstico provável:**

*1) Fratura e luxação punho*

**Prescrição Médica:**

*1) Rx de punhos direito  
 2) Rx de pulso direito  
 3) Rx de pulso direito - Radiografia  
 4) Fision da Perna - RX  
 (1) 12/12/18 (2) 13/12/18 Dr. José Maria de Araújo Filho CRM-PI*

**Anotações da Classificação de Risco**

Hora: 00:29:46

**Prioridade:**

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

**Quelixa/História:** PCT VITIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENATANDO TRAUMA EM PUNHO DIREITO(SIC)

**Alergias:** NEGA

**Medicação Usual:**

PA: 130x80 mmHg

TAX: 0%

FR: 0 respir

SAT 02: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

**Observação:**

**Conduta:** AO CLINICO



**Dados da Alta**

Alta  Óbito  Evasão  Transferência

Destino:

Hora:

ALESSO MENDES DA SILVA  
 Paciente ou Responsável

6801 - JOSE MARIA DE ARAUJO FILHO  
 Médico Responsável

Atendimento	1056769
Data:	13/12/2018
Hora:	0:40

Nº AIH
ROSA

## BOLETIM DE ADMISSÃO

**402796 - ALESSO MENDES DA SILVA**

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - Nascimento: 08/03/1991 - Cor/Raca: 03-PARDA

27 ANOS, 9 MESES, 11 DIAS

Clinica: ORTOPEDIA Enfermaria: 21- ORTOPEDIA - M Leito: C21/94 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 2466 - GERALDO GONÇALVES NUNES

CPF: RG: 3109927 CNS: 160052479060004 SIS Prenatal:

Endereço: MALHADA VERMELHA, Nº 0 - CEP: 64520-000 Bairro: POVOADO

Cidade: 2204006- FRANCINOPOLIS/PI Profissão: LAVRADOR Telefone: (89) 9994-28042

Pai: ANTONIO TOLENTINO DA SILVA Mãe: IRISMAR MENDES DA SILVA

Responsável: SALETE MENDES DA SILVA - -

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

### Resultado

Curado	Removido	-48 Horas
Melhorado	Pedido	+48 Horas
Inalterado	Evasão	
Piorado	Indisciplina	
		Obito

Transferido

### História Clínica

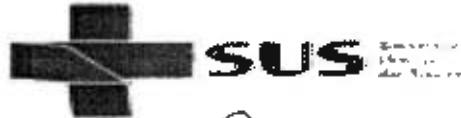
J CORRETO  
DE SEGUROS  
16 AGO 2018

DPVAT

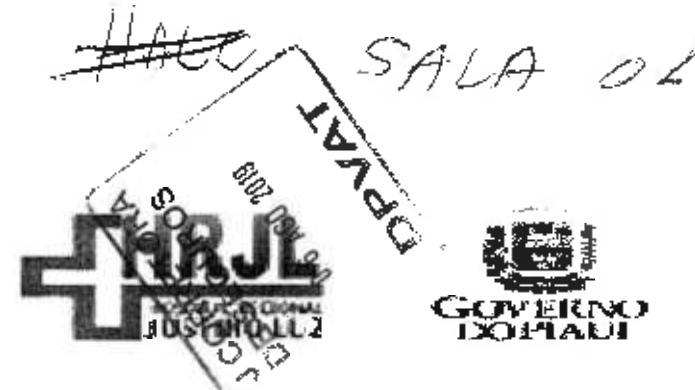
### Diagnóstico Provável

Hospital Regional Justino Luz  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Data: 08/12/2018  
Funcionário: GERALDO GONÇALVES NUNES

GERALDO GONÇALVES NUNES



SOCIEDADE  
ESTUDANTIL DA  
UNIVERSIDADE



**SESAPI**

NOME HD: PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA:	ALA C	APTO	LEITO	R. MET.
				RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
				HORÁRIO DE MEDICAÇÃO
AUGUSTO PENA FRAUDE DIAO 01/01/2018 1. DIETA LIVRE 2. JELCO SALINIZADO 3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110 MMHG 4. DIPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h 5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8 SW 6. TRAMADOL 100 MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8 h S/N 7. TILATIL 40MG + AD EV 12/12H 8. OMEPRAZOL 40MG 01 COMP. V.O PELA MANHÃ 9.SSVV+CCGG				



SECRET MATERIAL  
ESTATE OF JAMES EARL RAY  
EXCLUDED FROM PUBLIC



## Alters- und soziale Schichten



**FEPISERH**  
Fundação Estatal Pluvier  
de Sá e Silva Homem de Mello



Sistema  
Único de  
Saúde

**HRJL**  
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LIMA

# **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

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

(Aviso: pendente da liberação)



SECRETARIA  
ESTADUAL DA  
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME: Nome: Henrique da Silva  
HD: 11 Fret. Jardim Vida (D)

DATA: 18/12/18	NOME: Henrique da Silva HD: 11 Fret. Jardim Vida (D)	ALA	APTO	LEITO	R. MET.
		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
1. DIETA ORAL		24h			
2. JELCO SALINIZADO		01x0g			
3. OMEPRAZOL 40 MG VO ÁS 6H		06			
4. DIPIRONA 1 G + AD EV 6/6H, SN		SN			
5. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 SOS		06			
6. CAPTOOPRI. 25 MG- 01 COMP., VO DE 8/8H SE PAS> 160MMHG E OU PAD> 110 MMHG		24			
7. ONDASENTRONA 8 MG EV 8/8H SOS		24			
8. TILATIL 20 MG+ AD, EV, 12/12 H		24			
9. SSVV-CCGG					

Hospital Regional Justino Leme  
CONFIRME CONCORTE  
Data: 18/12/18  
Funcionário: [Signature]



**FEPI SERH**  
Fundação Estatal Piauiense  
de Pesquisa e Extensão



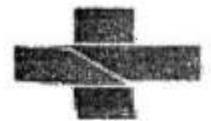
Sistema  
Único de  
Saúde

HRJL

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO DÍAZ

# **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

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

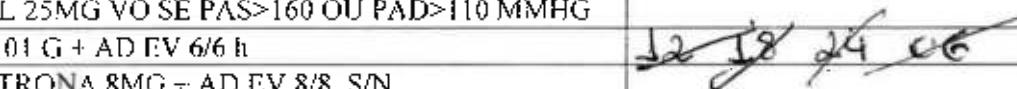


545



SECRETARIA  
ESTADUAL DA  
SUSPENSAO PES



NOME: <u>Aline Meudes da Silva</u>	ALA C	APTO	LETO	R. MET.
				RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
HD: <u>Fratura de Rádio</u>	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
<b>PREScrição MÉDICA</b>				
DATA: 16/12/2018				
1. DIETA ORAL LIVRE 2. JELCO SALINIZADO 3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110 MMHG 4. DIPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h 5. ONDANSETRONA 8MG - AD EV 8/8, S/N 6. TRAMADOL 00 mg - SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h S/N 7. COGG+SS 8. TILATIL 40 MG EV 1/12H, S/N 9. CLEXANE 60 MG FAZER 40MG, SC, IX/DIA ( <u>Suspese</u> )				
 <i>Luis Antônio Ferreira</i> Cirurgião-Dentista CRM-MA 10002 Odontopediatra e Reabilitador Clínica Luis Antônio Ferreira Centro de Saúde da Família Centro de Especialidades Odontológicas				

Alma Nester S.C.

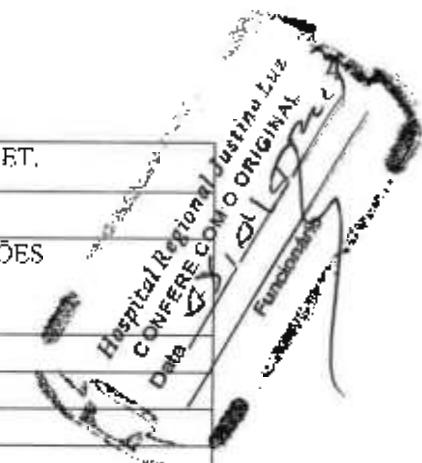
NOME:

HD: *Festina lente* *for 2-3*

## **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA 6/12/18

1. DIETA LIVRE
  2. JELCO SALINIZADO
  3. DIPIRONA 1 G AMP IV 6/6 HORAS S/N
  4. OMEPRAZOL 40 MG VO AS 06:00 HORAS
  - 5- CAPTOPRIL 25 MG- 01 COMP VO 8/8 H SE PAS MAIOR 160 MMHG L/OU PAD MAIOR 110 MMHG
  - 6-TRAMADOL 100MG + SF 0,9 % 100 ML EV 8/8 HORAS S/N
  - 7-TILATIL 40MG +AD EV DE 12/12H S/N
  - 8-ONDANSETRONA 8 MG + AD EV 8/8H S/N
  - 9- SSVV+CCGG





GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE  
UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE PEDRO LOPES  
FRANCINOPOLIS  
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA-  
DUCARA

SOLICITAÇÃO DE VAGA/ TRASFERENCIA

DATA 04/01/2019 HORA \_\_\_\_\_ N° DO TELEFONE \_\_\_\_\_

HOSPITAL SOLICITANTE VMSPT CRM: 7385

MUNICIPIO Francinópolis

MÉDICO Túlio Monteiro

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO  
( ) Obstetricia  Trauma ( ) Clínico ( ) Cirúrgico ( ) Psiquiatria ( ) Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome Alex Mendes da Silveira Sexo:  Masculino ( ) Feminino

Idade: 37 anos

HDA: Acidente vítima de queda de motoqueiro, caiu de  
ônibus em bueiro direito. Tinha cinto de segurança de  
ônibus direito.

ESCALA DE GLASGOW:

ABERTURA OCULAR

- 4- Espontânea
- 3- Comandos
- 2- A dor
- 1- Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- 5- Orientado
- 4- Confusa
- 3- Palavras inapropriadas
- 2- Palavras incompreensíveis
- 1- Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- 6- Obedeça a comandos
- 5- Localiza dor
- 4- Movimento de retirada
- 3- Flexão anormal
- 2- Extensão anormal
- 1- Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax. 28,1 EC P: \_\_\_\_\_ bpm R: \_\_\_\_\_ mm PA: \_\_\_\_\_ mmhg Sat o2 99%

-Glicemias: \_\_\_\_\_ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ( ) Oxigênio  Hidratação Venenosa
- ( ) Aspiração  Medicação
- ( ) Curativo  Outros

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO Túlio Monteiro - Floriano Piauí  
Hospital: Túlio Monteiro - Floriano Piauí Senha: 20190103087047  
Clínico/ Posto: Speito de Ortopedia

Assinatura e Carimbo do Médico

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
GABRIEL FERREIRA, S/N,  
MANGUINHA, FLORIANÓPOLIS/SC - 84800-000  
CNPJ: 06.553.554/0102-62  
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1321

Plano de Atendimento (Pronto Atendimento)  
Atendimento: P0606194 Registro: 185676  
Data: 05/01/2019 Horas: 08:00:00  
Funcionário: DORTLENE Tipos: CONSULTA  
Sexo: MASCULINO  
SUS

### ALESSO MENDES DA SILVA

Nasc.: 08/03/1991 Idade: 27 ANOS, 9 MESES, 28 DIAS Profissão: LAVRADOR  
End.: MALHADA VERMELHA, 0 - Bairro: ZONA RURAL Cidade: FRANCINOPOLIS/PI  
Cor: Parda Telefone: (89) 9990-57454 Mãe: IRISMAER MENDES DA SILVA Pai: ANTONIO TOLENTINO DA SILVA

Clinica: ORTOPEDIA Documento: 0000 - HOSPITAL TIBÉRIO NUNES

Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA - O MESMO

Temperatura:

Pressão:

P.A.:

### Procedimentos

05/01/2019 8:00 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

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

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

Hospital Regional Tibério Nunes  
Exame: ANEXO MOTO  
Data: 05/01/19 9:20 AM  
Ass.: Dr. Paulo Vitorino

P.A.: Técnico

Passagem com 20 dias. An  
Profess. Rodovia da fil of  
decrece, após adesivo  
medicamento  
B / fadiga (é des de)  
c/ dor no couro

Dr. Conegundos P. Filho  
Ortopedia Traumatologia  
CRM: 2572 TEP: 7348

Antônio Tolentino da Silva

Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA

0000 - HOSPITAL TIBÉRIO NUNES

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
GABRIEL FERREIRA, S/N,  
MANGUINHA, FLORIANÓ/PI - 64800-000  
CNPJ: 06.553.564/0103-62  
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

**Ficha de Atendimento (Acolhimento)**

Atendimento: P0606194

Registro: 185676

Data: 05/01/2019

Hora: 08:00:00

Funcionário: DORILENE

Tipo: CONSULTA

Senha 27

Sexo: MASCULINO

SUS

**ALESSO MENDES DA SILVA**

Nasc.: 08/03/1991 Idade: 27 ANOS, 9 MESES, 28 DIAS Profissão: LAVRADOR

CPF: 4 RG: 3.109.927 ssppi - SUS: 160052479060004

Civil: SOLTEIRO(A)

CEP: 64520-000

End.: MALHADA VERMELHA, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: FRANCINOPOLIS/PI

IBGE: 2204006 Cor: PARD

Mãe: IRISMAER MENDES DA SILVA

Pai: ANTONIO TOLENTINO DA SILVA

Clinica: ORTOPEDIA

Documento: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA - O MESMO

**Procedimentos**

05/01/2019 8:00 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

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

**Motivo do atendimento:** ACIDENTE DE MOTO

**QUEIXA/HISTÓRIA**

FRATURA EM MSD HÁ 20 DIAS

**OBSERVAÇÃO**

**SINAIS VITAIS**

PA: 0 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 rrpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

**ALERGIAS**

NEGA

**MEDICAÇÃO USUAL**

**CONDUTA**

ORTOPEDIA

05/01/2019  
Maria Francisca  
05/01/2019

Ruth Maria Frances M. da Silva  
Enfermeira  
DREN-MA / PI - JS 445-554

(bif)

0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL "TIBÉRIO NUNES"  
CENTRO CIRÚRGICO OBSTÉTRICO

Nome do Paciente: Alessio Nunes da Silva Reg. Same \_\_\_\_\_  
Cirurgia: Osteosíntese de rádio D Sala: 03  
Cirurgião: Dr. Alexandre J. Auxiliar: Dr. Francisco Jr.  
Instrumentador: L. Andrade Circulante: Fábio  
Data: 20/01/19 Início: 09:40 Término: 10:40 Duração:

### MEDICAMENTO DE SALA

Nº	ESPECIFICAÇÃO	LABORATÓRIO	QUANT.	P.UNIT.	SUB-TOTAL
01	ADRENALINA				
02	ALBUMINA HUMANA				
03	ATROPINA				
04	ÁGUA DESTILADA		10ml		
05	AMPICILINA				
06	ADRENOPLASMA				
07	CEDILANIDE				
08	CLORETO DE POTASSIO				
09	CREME VAGINAL				
10	COLIRIO				
11	CEFALOTINA 1g	cefalotina 1	02amp		
12	CLORAFENICOL				
13	DECADRON		01amp		
14	DOLASSAL				
15	DORMONID				
16	DOLANTINA				
17	EFORTEL				
18	ETER ANESTÉSICO				
19	FLAXEDIL	flaxedil	01amp		
20	FLEBOCORTID				
21	GARAMICINA	garamicina	01amp		
22	GLUCONATO CALCIO				
23	HALATOME ML				
24	HNOVAC	hновак	02amp		
25	KETALAR	ketalar	01amp		
26	METROMIDAZOL INJETAVEL				
27	MANITOL 20%	manitol	01amp		
28	METHERGIM				
29	METIL CELULOSE				
30	OOCITOCINA				
31	PLASIL				
32	PROSTIGIMINE				
33	POMADA OFTALMOLOGICA				
34	QUELICIM				
35	QUEMICETINA				
36	RINGER-LACTADO				
37	SORO FISIOLÓGICO				
38	SORO GLICOSADO				
39	TRANSAMIN				
40	THIONEMBUTAL				
41	VALIUM				
42	VITAMINA K				
	lidocaina 100mg/ml 2%		0100		
	lignocaina 0,5%		0400		



## RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Paciente	<u>Aleixo Mendes da Silveira</u>	D.N.	<u>08031991</u>
Data:	<u>30/01/14</u>	Admissão às	<u>10:45</u> Prontuário
Alergia	<u>Nenhum</u>	Procedimento realizado	<u>Osteorintese de rótulo</u>

### DADOS REFERENTES A ANESTESIA

ANESTESIA: ( ) Geral; ( ) Raqui; ( ) Peridural; ( ) Sedação; ( ) Local; ( ) Bloqueio- Tipo: \_\_\_\_\_

ANESTESIOLOGISTA: Dra. Yane Rodrigues CIRURGÃO: Dra. Alcione

CONTROLES (HORÁRIO DE INÍCIO: 10:45)

Horas	15' 10:45	15' 10:00	15' 11:15	15' 11:30	30'	30'	30'	30'
P.A.	132x30	141x65	139x71	136x59				
Pulso	51 bpm	50 bpm	52 bpm	51 bpm				
FC								
SpO <sup>2</sup>	98%	98%	98%	99%				
HGT								
Dor(0-10)								
Ass.Func.	<u>Consciente</u>	<u>Consciente</u>	<u>Consciente</u>	<u>Consciente</u>				

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK		Valor	Adm.	30'	60'	120'	Observação
Atividade motora sob comando	Capaz de mover os 4 membros	2	2	2			Am 10:45 h paciente ad- mantido na Sefá em DOI de extubação de Nélio D. Nega aler- gia medicamentosa conhecente orientado
	Capaz de mover 2 membros	1					
	Incapaz de mover os membros	0					
Respiração	Respira profundamente ou tosse livremente	2	2	2			de Nélio D. Nega aler- gia medicamentosa conhecente orientado
	Dispneia ou limitação da respiração	1					
	Apneia	0					
Circulação	PA 20% do nível pré-anestésico	2	2	2			de Nélio D. Ssub 14.132x30 mm Hg. P. 54 bpm SPO <sub>2</sub> 98%
	PA 20-49% do nível anestésico	1					
	PA 50% do nível pré-anestésico	0					
Consciência	Lícido, orientado no tempo e espaço	2	2	2			20/20
	Desperta se solicitado	1					
	Não responde	0					
Saturação de Oxigênio	Maior que 92% respirando em ar ambiente	2	2	2			20/20 Matus eletr
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter sat O <sub>2</sub> maior que 90%	1					
	Menor que 90% com O <sub>2</sub> suplementar	0					
TOTAL		10	10				

ALTA às \_\_\_\_\_:

Ass. Médico: \_\_\_\_\_

# Secretaria de Saúde do Estado do Piauí

Hospital Regional "Tibério Nunes"  
Floriano - Piauí

## Folha de Anestesia

Nome: Alessio Mendes da Silva

Registro:

Enf.: Leito:

Apto.:

Data	P. Arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematínia	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Dos. Uréia

Exame de Urina

Função Respiratória

Sistema Circulatório

Eletrocardiograma

Sistema Respiratório

Assina Bronquite

Sistema Digestivo

Sistema Urinário

Estado Mental

Corticóides

Risco

Ataráxicos

Outros

Diagnóstico Pré-Operatório

Assina

Pré-Medicação (Agentes e Doses)

Aplicado As:

Efeitos:

Agentes Anestésicos	Oxigênio	TOTAL DE DOSES									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
LÍQUIDO	Sólido 500 400 Sangue 300 200 Outros 100	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Temperatura T°	260 240	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
P. Arterial V A	220	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Pulso	38	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Início e Fim Anestesia X	160	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Início e Fim Operação C	36	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Respiração O	34	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
32	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

SÍMBOLO	SEQUÊNCIA
Técnica: Blinco Alvo Biunal	Incidentes - Acidentes

Operação: Urticártica de Radis	Incidentes - Acidentes
Cirurgião: Dr. Alexandre	

Anestesistas:	Corticoides pós-oper. Imediata
Dr. Júlio Bezerra Sousa MÉDICO CRM-PI-6248	

Particularidades:	
-------------------	--

## **LISTA DEMERI**

**CAPÍTULO DE CIRURGIA SEGURA**

## CHECK LIST

Name: Alessio Mendes da Silva

Procedimento: Osteosíntese da articulação do joelho

Cirurgião: Dr. Alexandre

Auxiliar: Dr. Fren

Anestesista: D. lozana

Instrumentador: Lindorff

Enfermeiro: Hélio

Circulante: Regis + Joana

EDUCAÇÃO ANESTÉSICA	ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA	ANTES DA SAÍDA DO PACIENTE DA SALA CIRÚRGICA
Identificação de forma verbal junto ao paciente - (Identidade, local cirúrgico, procedimento e consentimento): <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Apresentação oral, nome e função de todos os profissionais: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Confirmar nome do procedimento realizado: <u>Osteosíntese de rádio</u>
Demarcação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica	Cirurgiões, anestesistas e equipe de enfermagem confirmam: Identificação do cliente; Sítio cirúrgico Procedimento a ser realizado <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Número de compressas antes da primeira sutura <u>10un</u>
Verificação do equipamento de anestesia e medicação, pelo anestesista: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não  PA <u>155x83 mmHg</u> SpO2: <u>99%</u>  P: <u>90 bpm</u>	<b>PREVENÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS:</b> Qual o tempo previsto para cirurgia? <u>1h</u>	Contagem dos instrumentais e agulhas estão corretos ao término do procedimento? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Via aérea difícil ou risco de aspiração <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Alguma preocupação específica relacionada ao paciente? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Preparo da pele? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Peças anatômicas/culturas identificadas e acondicionadas adequadamente, requisição preenchida? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica
Materiais de vias aéreas disponíveis e funcionantes? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Confirma esterilização dos materiais (verificados indicadores)? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Algum problema com equipamentos que deve ser resolvido? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Risco de perda sanguínea > 500ml <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Reservá sanguínea? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Equipamentos e instrumentais revisados? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	PA: <u>154x67 mmHg</u> SpO2: <u>99%</u> P: <u>52</u> Recomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse cliente:
Acesso venoso adequado e pérvio? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> AVC <input checked="" type="checkbox"/> AVP Consentimento anestésico e cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Confirma administração de antibiótico profilático em até 120 min? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Bist. Elétrico (placa neutra adaptada) <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Número de compressas antes do procedimento: <u>10un</u>  PA: <u>148x79 mmHg</u> SpO2: <u>100%</u>	P: <u>90 bpm</u>  Dr. José Rodrigo Bezerra Sousa MÉDICO CRM-PI 6248
ENFERMEIRO  <u>Fábio Lézar</u>	TEC. EM ENFERMAGEM  <u>Dra. Mariana Moraes</u>	CIRURGIA  <u>ANESTESISTA</u>

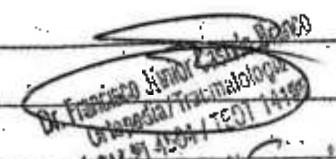
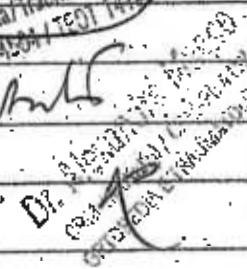
ENFERMEIRO

TEC. EM ENFERMAGEM

• 100% CLAS

ANESTESISTA

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
FLORIANÓ-PI**

NOME	ALENO MENDOZA DE LIMA	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA	
					104	
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA 20 / 01 / 18						
PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM					
	HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES			
	01. DIETA LIVRE ZERO	(18maria) (00:00)				
	02. JELCO HIDROLISADO (20,9% - 1000 ml se em 24h)	(18maria) (00:00)				
	03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	(18maria) (00:00)				
	04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	(18maria) (00:00)				
	05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	(18maria) (00:00)				
	06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	(18maria) (00:00)				
	07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)	(18maria) (00:00)				
	08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA (dymono)	(18maria) (00:00)				
	09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)	(18maria) (00:00)				
	10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg	(18maria) (00:00)				
	11. CURATIVO	(18maria) (00:00)				
12. SSVV + CCGG	(18maria) (00:00)					
 						

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1

Data impresso: 20/01/2019

I069580 - ALESSO MENDES DA SILVA

Data da internação: 05/01/2019 - 10:52:00

Sexo: M

Idade: 27 ANOS, 9 MESES, 28 DIAS

Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA

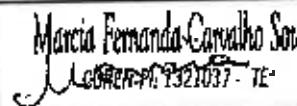
Clinica: ORTOPEDIA Leito: N0104

Técnico(a)

Assinatura

Anotação

20/01/2019

12:00:00	PCT EM REPOUSO NO LEITO, CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO - PA:140/80 TAX: 35° F.C.:60 F.R.: 0 Glicemia: 0	MARCIA	 Marcia Fernanda Carvalho Souza COREN-PI: 1321037 - TE-
12:00:00	PCT EM REPOUSO NO LEITO, CONSCIENTE, ORIENTADO, HIGIENIZADO, COMUNICATIVO, SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO - PA:140/80 TAX: 36° F.C.:59 F.R.: 19 Glicemia: 88	MARCIA	 Marcia Fernanda Carvalho Souza COREN-PI: 1321037 - TE-

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1

Data Impresso: 20/01/2019

I069580 - ALESSO MENDES DA SILVA

Data da internação: 05/01/2019 - 10:52:00 Sexo: M Idade: 27 ANOS, 9 MESES, 28 DIAS

Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA

Clinica: ORTOPEDIA Leito: N0104

### Evolução

20/01/2019

22:16:23 SEGUO EM POI FRATURA EM PUNHO D. CONSCIENTE, ORIENTADO, CALMO, FASICO, RESPIRANDO AR AMBIENTE. ACEITA DIETA OFERECIDA, ELIMINAÇÕES FISIOLOGICAS PRESENTE, SONO E REPOUSO PRESENTE. SEM QUEIXAS NO MOMENTO.

Enfermeiro(a)

Assinatura

EDINALVA

Edinalva Magalhães Virginio  
Enfermeira  
COREN-PI 312.515

## ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1

Data impresso: 20/01/2019

/069580 - ALESSO MENDES DA SILVA

Data da internação: 05/01/2019 - 10:52:00

Sexo: M

Idade: 27 ANOS, 9 MESES, 28 DIAS

Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA

Clinica: ORTOPEDIA Leito: N0104

Técnico(a)

Assinatura

Anotação

20/01/2019

01:11:31	CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM PRESCRICAO DO DIA, AGUARDANDO CIRURGIA. - PA:130/70 TAX: 36º F.C.:48 F.R.: 0 Glicemla: 0	VALDINA	Valdina Cunha COREN-PI 547266-TE
----------	--	---------	-------------------------------------

## ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1

Data impresso: 19/01/2019

1069580 - ALESSO MENDES DA SILVA

Data da internação: 05/01/2019 - 10:52:00 Sexo: M Idade: 27 ANOS, 9 MESES, 28 DIAS

Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA

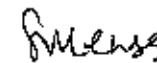
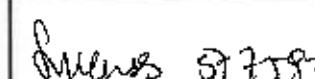
Clinica: ORTOPEDIA Leito: N0104

Técnico(a)

Assinatura

Anotação

19/01/2019

	Anotação	Técnico(a)	Assinatura
17:59:33	SEGUE ESTÁVE, NÃO FEZ QUEIXAS DURANTE O PLANTÃO. AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM. - PA: TAX: 0º F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0	SEMIR	
12:00:00	SEGUE CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM QUEIXAS, HIGIENIZADO, SUSPENSO CIRURGIA. - PA:140/80 TAX: 36º F.C.:53 F.R.: 20 Glicemia: 96	SEMIR	

) ) ) )  
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1

Data impresso: 19/01/2019

I069580 - ALESSO MENDES DA SILVA

Data da Internação: 05/01/2019 - 10:52:00 Sexo: M Idade: 27 ANOS, 9 MESES, 28 DIAS  
Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA  
Clínica: ORTOPEDIA Leito: N0104

Evolução

Enfermeiro(a)

Assinatura

19/01/2019

21:07:33	SEGUE COM FRATURA EM PUNHO D. CONSCIENTE, ORIENTADO, CALMO, COMUNICATIVO, RESPIRANDO AR AMBIENTE. ACEITA DIETA OFERECIDA, ELIMINAÇÕES FISIOLOGICAS PRESENTE, SONO E REPOUSO PRESENTE. SEM QUEIXAS NO MOMENTO.	EDINALVA	Edinalva Noronha Virgulino Enfermeira COREN-PI 312.518
----------	---	----------	--



## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

I069580 - ALESSO MENDES DA SILVA

Page 1 of 1

Data impresso: 18/01/2019

Data da internação: 05/01/2019 - 10:52:00 Sexo: M Idade: 27 ANOS, 9 MESES, 28 DIAS  
Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA  
Clínica: ORTOPEDIA Leito: N0104

### Evolução

18/01/2019

Enfermeiro(a)

Assinatura

20:45:24	15º DIH/FRATURA DE PUNHO DIREITO; EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, RECEPITIVO AO DIALOGO, RESPIRA AR AMBIENTE, AFEBRIL, DEAMBULANDO, ACEITA DIETA OFERECIDA, SONO E REPOUSO PRESERVADOS, MICÇÕES E EVACUAÇÕES PRESENTES. RIENTADO QUANTO JEJUM A PARTIR DAS 22 HORAS PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO AMANHÃ.	HILDELISA	
----------	---	-----------	---

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1

Data impresso: 18/01/2019

1069580 - ALESSO MENDES DA SILVA

Data da internação: 05/01/2019 - 10:52:00 Sexo: M Idade: 27 ANOS, 9 MESES, 28 DIAS

Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA

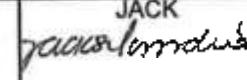
Clinica: ORTOPEDIA Leito: N0104

Técnico(a)

Assinatura

Anotação

18/01/2019

23:02:59	PACIENTE SEGUO EM REPOUSO NO LEITO, CONSCIENTE, ORIENADO, NORMOTERMICO, NORMOTENSO, EM DIETA ZERO AGUARDANDO PROCEDIMENTO CIRUGICO. - PA:120/70 TAX: 36° F.C.:63 F.R.: 18 Glicemia: 0	JACK 	Jack Silviano - Período de Internação: Análise Data: 18/01/2019
----------	--	---	---

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1

Data impresso: 18/01/2019

I069580 - ALESSO MENDES DA SILVA

Data da internação: 06/01/2019 - 10:52:00 Sexo: M Idade: 27 ANOS, 9 MESES, 28 DIAS

Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA

Clinica: ORTOPEDIA Leito: N0104

Anotação

18/01/2019

Técnico(a)

Assinatura

16:09:30	- PA: TAX: 0º F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0	MARIA	
12:00:00	PCT EM REPOUSO NO LEITO, CONSCIENTE, ORIENTADO, HIGIENIZADO, ACEITA A DIETA OFERTADA, SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO - PA:140/70 TAX: 36º F.C.:49 F.R.: 0 Glicemia: 0	MARIA	<i>Marcia Fernanda Cantillo Sousa</i> COREN-PI: 1321037 - TE

M. 18:00 hs. Verificado P1=150x90mmHg, Dc=64 bpm, Tax=35.8% *Marcia Fernanda Cantillo Sousa*  
COREN-PI: 1321037 - TE

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Page 1 of 1

Data impresso: 18/01/2019

I069580 - ALESSO MENDES DA SILVA

Data da internação: 05/01/2019 - 10:52:00

Sexo: M

Idade: 27 ANOS, 9 MESES, 28 DIAS

Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA

Clinica: ORTOPEDIA Leito: N0104

Técnico(a)

Assinatura

Anotação

18/01/2019

01:17:11 CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM QUEIXAS. - PA:130/60 TAX: 36º F.C.:54 F.R.: 0 Glicemia: 0

VALDINA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
FLORIANÓ-PI

NOME <i>Alvaro Reis ees</i>	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA	
				RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA <u>12/01/19</u>	HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES		
	01. DIETA LIVRE				
	02. JELCO HIDROLISADO				
	03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	<u>18/01/19</u>	<u>08</u>		
	04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
	05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
	06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
	07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
	08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA				
	09. PEASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				
	10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				
	11. CURATIVO				
12. SSVV + CCGG					
<i>Dr. Conegundas P. Filho Ortopedia Traumatologia CRM: 2872 TEOF: 7348</i>					

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
FLORIANÓ-PI**

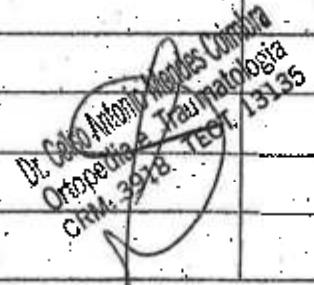
**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
FLORIANÓ-PI**

NOME PREScrição MÉDICA	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA
				RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
DATA		HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES
01. DIETA LIVRE				
02. JELCO HIDROLISADO				
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	(12) NCE	(06)		
04. SEPALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	(6h) peso)			As 6hs 05/01/19 paciente agressivo e agitado ONTOSEBILIC TCC 02m
05. DIPRIVON 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	(6h) peso)			
06. NILATEL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	(12h) peso)			
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
08. OLEXANE 40MG - 01 AMP SE 1X/DIA	(6h) peso)			
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg				
11. CURATIVO				
12. SSVV + CCGG	AJ			

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
FLORIANÓPOLIS - PI**

NOME ALESSO LIEUEN	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA	
				RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
DATA 09/01/11	HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES		
	<i>Almoço</i>		<i>almoço</i>		
01. DIETA LIVRE					
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	<i>(despeço)</i>				
05. DIFERONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	<i>(despeço)</i>				
06. THIATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	<i>(despeço)</i>				
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA	<i>(despeço)</i>				
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg					
11. CURATIVO					
12. SSVV + CCGG					

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
FLORIANÓ-PI**

NOME	Alencio Alencar do Belo	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA	08/01/18	# Rx do paciente	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		OBSERVAÇÕES
01. DIETA LIVRE			HORÁRIO MEDICAÇÃO		
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
04. GEFALOTINANG - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
06. TILATEL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS					
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)					
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA					
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)					
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg					
11. CURATIVO					
12. SSVV + CCGG					
 <b>Dr. Celso Antônio Mendes Cunha</b> Ortopedia e Traumatologia CRM: 3928 - TEC: 13155					

## **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
FLORIANÓPOLIS - PI**

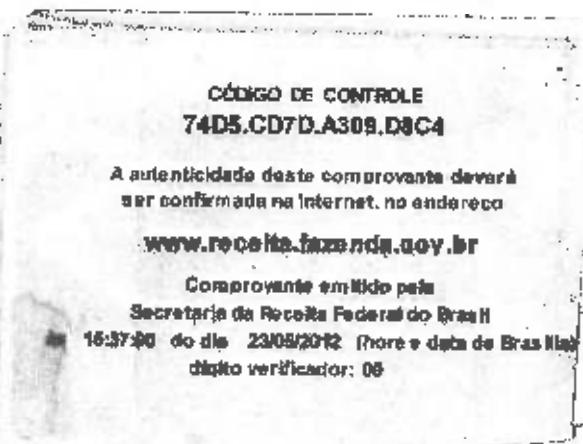
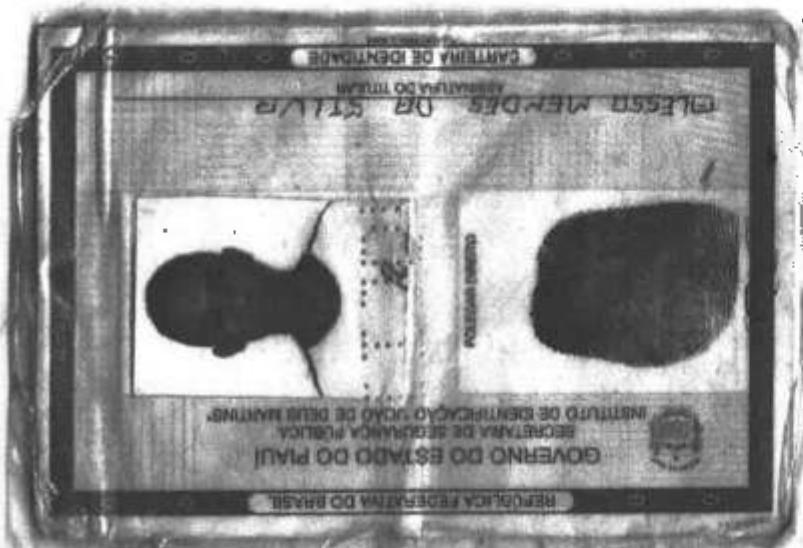
*später wieder*

NOME PREScrição MÉDICA	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA
				RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
	HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES		
01. DIETA LIVRE				ps 34.00 pa c/entz
02. JELCO HIDROLISADO				ORTOPÉDICO CONVOCADO
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	18/00	06/00		DERMOGLIA 000 com
04. GEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				frêntuer no antebraço
05. DIFIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	12/00	06/00		SEM DIFUSÃO NO
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	12/00	06/00		MOM GRATO ESTA NO
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)				REPOUSO NO PS ESTA
08. CLEXANE 10MG - 01 AMP SG 1X/1DIA				PERÍODO UAGA NA PIZ
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				(P) REC. CLAWA
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmhg				
11. CURATIVO				
12. SSVV + CCGG				
	Dr. Conagund Ortopedia CRM: 2572			

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
FLORIANÓPOLIS - PI**

Prof. Radia ~~for~~

NOME	ALAS	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA
				RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
	HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES		
01. DIETA LIVRE				
02. JELCO HIDROLISADO	11			
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	18 <i>Astane</i>	06/15		
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	11	1x/6h	06/15	
06. TILAZIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	11	50/11	06/15	
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
08. CEEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA				
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 100x110 mmhg				
11. CURATIVO				
12. SSVV + CCGG	Dr. Conegundes P. Filho Ortopedia Traumatologia CRM: 2572 TEOT: 7348			





J CORRETORA I  
DE SEGUROS  
06 AGO 2019  
DPVAT

Sinistro

SOLICITAÇÃO DE REAGENDAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA

Dr. Gleison Mendes da Silveira  
RG 3.109.923 CPF 043.843.173-97

Residente à Rua Dom Luís Malhado Tumelha Cidade de  
Francinópolis - Piauí Estado: zona litorânea  
UF Piauí CEP 64.520-000

Telefone para contato: (86) 39948-1744 (86) 39981-6008

Informo que não compareci anteriormente à perícia médica, pelo motivo a seguir:

Solicitei uma perícia médica DPVAT para  
meu veículo. Fizeste que eu recebi  
R\$ 843,00, sem menor despende a uma  
perícia médica. Seguem em anexo os  
mais documentos.

Local: Francinópolis - Piauí UF: PI DATA: 07/10/2019

X ELESSIR MENDES DA SILVEIRA

ASSINATURA

OBS:

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190465427      **Cidade:** Francinópolis      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALESSO MENDES DA SILVA      **Data do acidente:** 12/12/2018      **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 10/10/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.  
TRAUMA CORTO CONTUSO EM JOELHO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P4

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** APÓS FEITA REVISÃO DA AMD DE 18/09/2019 EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

**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:** 3190465427      **Cidade:** Francinópolis      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALESSO MENDES DA SILVA      **Data do acidente:** 12/12/2018      **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 17/09/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.  
TRAUMA CORTO CONTUSO EM JOELHO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P4

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190465427      **Cidade:** Francinópolis      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALESSO MENDES DA SILVA      **Data do acidente:** 12/12/2018      **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 11/10/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.  
TRAUMA CORTO CONTUSO EM JOELHO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P4

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** APÓS FEITA REVISÃO DA AMD DE 18/09/2019 EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

**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:** 3190465427      **Cidade:** Francinópolis      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALESSO MENDES DA SILVA      **Data do acidente:** 12/12/2018      **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 18/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.  
TRAUMA CORTO CONTUSO EM JOELHO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P4

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

**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 LEVE DO PUNHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0267433/19

Número do Sinistro: 3190465427

Vítima: ALESSO MENDES DA SILVA

CPF: 045.847.173-97

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/12/2018

ALESSO MENDES DA  
SILVA

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/08/2019  
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA  
CPF: 849.394.433-53

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/08/2019  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0267433/19

**Vítima:** ALESSO MENDES DA SILVA

**CPF:** 045.847.173-97

**CPF de:** Próprio

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

**Titular do CPF:** ALESSO MENDES DA SILVA

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

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

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

### ALESSO MENDES DA SILVA : 045.847.173-97

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.  
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/08/2019  
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA  
CPF: 849.394.433-53

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2019  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0267433/19

Número do Sinistro: 3190465427

Vítima: ALESSO MENDES DA SILVA

CPF: 045.847.173-97

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/12/2018

ALESSO MENDES DA  
SILVA

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/09/2019  
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA  
CPF: 849.394.433-53

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/09/2019  
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-0267433/19

Número do Sinistro: 3190465427

Vítima: ALESSO MENDES DA SILVA

CPF: 045.847.173-97

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/12/2018

ALESSO MENDES DA  
SILVA

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## 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: 08/10/2019  
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA  
CPF: 849.394.433-53

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2019  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

---

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

---

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

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, 08 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190465427**

**Vítima: ALESSO MENDES DA SILVA**

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

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ALESSO MENDES DA SILVA**

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

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	--

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



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, 08 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190465427**

**Vítima: ALESSO MENDES DA SILVA**

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

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), ALESSO MENDES 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, 14 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190465427**

**Vítima: ALESSO MENDES DA SILVA**

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

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ALESSO MENDES DA SILVA**

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

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com o nome completo e correto da vítima, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está incorreto.
------------------------------	---

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



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, 29 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190465427**      **Vítima: ALESSO MENDES DA SILVA**  
**Data do Acidente: 12/12/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ALESSO MENDES DA SILVA**

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **ALESSO MENDES DA SILVA**

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

Banco: **104**

Agência: **000001607**

Conta: **0000069708-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, 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, 11 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190465427**      **Vítima: ALESSO MENDES DA SILVA**

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

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

**Senhor(a), ALESSO MENDES DA SILVA**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 11/10/2019, 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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASC: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
 045.847.113-97 Aleno Mendes da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 446/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Aleno Mendes da Silva	045.847.113-97		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
barbeiro	Av. Presidente Tancredo Neves	51	barbeiro
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Zona Rural	Francinópolis	PI	64.520.000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):		
recurso_se	186) 9984-6008		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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:  
 REUSSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI/CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1607 CONTA: 69708 1  CONTA CORRENTE (Todos os Bancos)  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) Nome do BANCO: 06 AGO 2019

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

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

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

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

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

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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (veio nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34 \_\_\_\_\_ 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
 \_\_\_\_\_

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

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

40 - Local e Data, Francinópolis - PI - 30.07.2019  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

LEIA DA ECONÔMICA FEDERAL  
SAC 0800 726 0101  
DIVISÓRIA 0800 725 7474

211-809165897-2  
30/JUL/2019 HORÁ DE 13:09:34  
DT: 16.012722 0 TIRM: 025222  
DCALIDADE: ELESBÁO VELOSO  
RG. VINCULADA: 1607 CONTROLE: 408828759

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM DINHEIRO  
1607 013 00069788-1  
ALESSO MÉNDES DA SILVA

VALOR : 000  
1<sup>a</sup> VIA

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO  
DO CREDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS  
211-809165897-2



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 231803.000045/2019-71

Unidade de Registro: DP DE ELESBÃO VELOSO

Resp. pelo Registro: Daniel De Carvalho Silva

Data/Hora: 30/07/2019 - 12:23

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE FRANCINÓPOLIS

Data/Hora

12/12/2018 - 17:00

Tipo Local

OUTROS

Município

FLANCINÓPOLIS

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço

PI-224, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

J CORRETORA  
DE SEGUROS

06 AGO 2019

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ALESSO MENDES DA SILVA

Tipo Envolt.: VITIMA/Noticiante

DPVAT

Endereço: Povoado Malhada Vermelha, Nº

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: FLANCINÓPOLIS

Mandado: 00000000

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA. BIZ 125

Ano: Placa: Chassi:

2010 NIO-450 9C2JC422AR352300

Renavam:

223410675

Cor:

Vermelha

Condutor: ALESSO MENDES DA SILVA

Cidade: FLANCINÓPOLIS UF: PI Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

O DECLARANTE VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA PARA COMUNICAR UM ACIDENTE QUE ENVOLVEU A SUA PESSOA E TEVE SEGUENTE DINÂMICA. O DECLARANTE VINHA EM SUA MOTOCICLETA NA PI- 224 QUE LIGA A CIDADE DE VÁRZEA A CIDADE DE FRANCINÓPOLIS, FOI QUANDO COLIDIU COM UM JUMENTO E CAIU NO LOCAL, QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES E LEVADO ATÉ O HOSPITAL DE VALENÇA, ONDE FOI FEITO OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS, QUE POSTERIORMENTE FOI LEVADO AO HOSPITAL DE PICOS, ONDE FOI FEITO RAI-O-X E CONSTATADO FRATURA NA MÃO DIREITA. ERA QUE TINHA DE DECLARAR.

Daniel De Carvalho Silva - Mat.  
AGENTE DE POLÍCIA

ALESSO MENDES DA SILVA  
ALESSO MENDES DA SILVA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia