

Conte: X | Audiê: X | Sist: X | PJE: Consu: X | 08021: X | Tribu: X | Sistern: X | Portal: X | What: X | Gmail: X | Movir: X | Down: X | +

← → ↻ 🏠 🔒 ttpl.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=392111&ca=e73d93041dda28d4563b189a51c102c60dde2ff9b... ☆ 🛡️ 🗑️

Apps 📁 Processo Virtual Na... 📧 Administrativos 📁 Portal do Advogado 📄 Google 📄 Nova guia 📄 Meu INSS 📄 [bb.com.br] 📄 Zimbra: Movimenta... 📄 PJE 1º 📄 Publicações

**PJE** ProceComCiv 0802110.47.2019.8.18.0049  
ALESSO MENDES DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGU...

🔍 🔍 🔍 < 9677049 - CONTESTAÇÃO (2719319 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 13/05/2020 13:14:58


13 May 2020

- 📁 JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
  - 📁 9676742 - CONTESTAÇÃO
    - 📄 9677049 - CONTESTAÇÃO (2719319 CONTESTACAO 01) ✖
    - 📄 9677051 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2719319 CONTESTACAO Anexo 02) ✖
    - 📄 9677052 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web) ✖
    - 📄 9677053 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2)) ✖
    - 📄 9677055 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO) ✖

13:14

downloadBinario.seam 1 / 11

2719319- CS/ 2020-01840/ INVALIDEZ

  
**JOÃO BARBOSA**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

**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"**

Certidão de arquiv...pdf ^ Certidão Trânsito...pdf ^ Cumprimento de s...pdf ^ documentos.pdf ^ documentos.pdf ^ Exibir todos X

PT 📶 13:15 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 SÍNTESE 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, descaracteriza 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 incontroverso 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)

**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 APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO DIREITO.  
 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
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 desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício 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 ressaltar 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 HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

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

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 a 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 honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

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

---

*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 nexos 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 seqüela 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 seqüelas 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 GRADAÇÃO**

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

## SUBSTABELECIMENTO

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

JOSELAINE 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  
POLÍCIA 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 /bíz 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 fê.**

Elesbão Veloso-PI, 12 de agosto de 2019.

**Daniel de carvalho silva**

**Delegado de Policia Civil – Mat. 3112900**





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

Unidade de Registro: DP DE ELESBÃO VELOSO

Resp. pelo Registro: Aécio 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

FRANCINÓPOLIS

Endereço

PI 224, Nº

Complemento

Data/Hora

12/12/2018 - 17:00

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: ALESSO MENDES DA SILVA

RG: 3103927 SSP PI

Mãe: IRISMAR MENDES DA SILVA

Pai: ANTONIO TOLENTINO DA SILVA

Endereço: POVOADO MALHAÇA VERMELHA, Nº 516

Complemento: ZONA RURAL

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: FRANCINÓPOLIS

Tipo Envolv: VITIM/Noticiante

**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:

223410675

Cor:

Vermelha

Condutor: ALESSO MENDES DA SILVA

Cidade: FRANCINÓPOLIS UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

O DECLARANTE VEIO ATE ESTA DELEGACIA 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 ATE O HOSPITAL REGIONAL JUSTAQUIO 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 RAIOS-X E CONSTATADO FRATURA NA MÃO DIREITA, ERA O QUE TINHA DE DECLARAR.

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

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

Luiz Carlos Leal Pires  
Delegado Geral de Polícia Civil  
9.11.2019 - 10:11:13

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do alvará ou ASL: 3 - CPF da vítima: 045.847.173-97 4 - Nome completo da vítima: Alexsandro Mendes da Silva

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

5 - Nome completo: Alexsandro Mendes da Silva 6 - CPF: 045.847.173-97  
7 - Profissão: Camaradeiro 8 - Endereço: Rua do Machado, 123, Jd. Primavera  
9 - Número: 510 10 - Complemento: 11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Francinópolis 13 - Estado: Piauí 14 - CEP: 64.520-000  
15 - E-mail: Recusou-se 16 - Tel. (DDD): (86) 99981-6008

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

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

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

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

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)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO:   
AGÊNCIA: 1607 CONTA: 69708 1 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Francinópolis - PI 30.07.2019

ALEXSANDRO MENDES DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101  
OVIDORIA 0800 725 7474

211-800165897-2

30/JUL/2019

HORA DE 13:09:00

UT: 16.012722 0

IFRM: 025222

LOCALIDADE: ELESBAO VELOSO

AG. VINCULADA: 1607

CONTROLE: 408828758

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM DINHEIRO

1607 013 00069708-1

ALESSO MENDES DA SILVA

VALOR

:

0,00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO  
DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINUTOS

211-800165897-2

1ª VIA





HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

AV SANTOS DUMONT,

CENTRO, VALENÇA DO PIAUÍ/PI - 64300-000

CNPJ: 06553564001100

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

HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0226155

Data: 12/12/2018

Funcionário: EDIMAR

Registro: 103010

Hora: 21:38:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 90

SUS

**ALESSO MENDES SILVA**

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

End.: POVOADO MALHADA VERMELHA, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Cor: PARDA Telefone: ( ) -

Mãe: IRISMAR MENDES DA SILVA

Civil:

CEP: 64520000

Cidade: FRANCINÓPOLIS/PI

Pai: ANTONIO TOLENTINO DA SILVA

Clinica: CLÍNICA GERAL

Demanda: DEMANDA ESPONTÂNEA

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 dor súbita*

*na dentição maxilar inferior, quarda de 10 em ponto D*

Exames Complementares:

*RX evidenciar fratura fechada, completa, no dente 47*

Diagnóstico provável:

*Salto regulação ortodôntica*

Prescrição Médica:

J. CORRETORES  
DE SEGUROS

08 AGO 2019

DPVAT

Hora: 21:40:31

**Anotações da Classificação de Risco**

Prioridade:

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

Exame/História:

Alergias: NAO

Medicação Usual:

PA: 0 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

SAT O2: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: ENCAMINHADO PARA REALIZAR RAO X

Conduta:

Rosanna Rafaela  
Enfermeira  
COREN-PI 295.179

295179 - ROSANNA RAFAELA R. BARBOSA  
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferência

Destino:

Hora:

*Alessandro Mendes da Silva*

ALESSO MENDES SILVA  
Paciente ou Responsável

5994 - FRANCISCO DE CARVALHO DANTAS TERCEIRO  
Médico 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: 000000069708-1

---

Nr. da Autenticação C2F21722668265E9

**contabil**  
LIGIA  
**cepisa**

Para controle  
de contas, informe  
esse número

SEU CÓDIGO  
0250659-9

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.307.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - S/N B-1  
Regime especial de Imposto de Renda autorizado pela SEFAZ/PI

Nº da Nota Fiscal 023168305

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 50.438 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 - FRANCINÓPOLIS

ROT: 32.691.12.83.057300

DADOS DA LEITURA		FCAM	DATAS DA LEITURA	
Atual	kWh		Atual	
Anterior	9725		14/06/2019	
Constante de Multiplicação:			16/05/2019	
Consumo Medido:	115		16/07/2019	
Consumo Faturado:	115		13/06/2019	
			14/06/2019	

Forma de Faturamento: NORMAL Código de Irregularidade: Dia de Contagem: 29

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	2400113
RESIDENCIAL	MONO	A1427113		1.1.1.1	

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

**NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM**  
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 13/06/2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVAÇÃO AO FISCO 6434.CE56.8C6D.B410.7521.BC08.59C2.8AFA

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS E TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	40,33	Base de Cálculo:	22,00%
Energia:	6,82	Alíquota ICMS:	21,85
Transmissão:	3,33	Valor do ICMS:	1,40%
Encargos:	27,96	Valor do PIS:	6,49%
Tributos:		Valor do COFINS:	5,02

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
DSC		PIC		DSC		DSC	
Atual	7,27	Atual	14,53	Atual	14,78	Atual	14,54
Anterior	0,00	Anterior	0,00	Anterior	0,00	Anterior	0,00
NOVO ORIENTE				04/2019 36,58			

ROT: 32.691.12.83.057300

CORRETORA  
DE SEGUROS  
06 AGO 2019  
DPVAT

TIM S.A.  
Rua Lisandro Laguarda, 1514  
CENTRO - TERESINA - PI  
CNPJ: 06.421.421/0001-08 - I.E.: 134.445.855  
CNPJ da Meia: 06.421.421/0001-11

**TIM**  
**BLACK**

Página 1 de 2

**R\$ 158,05**

**VENCIMENTO**

**25/05/2019**

**EMIÇÃO: 07/05/2019**

**POSTAGEM: 17/05/2019**

**FATURA: 3806497148**

**CLIENTE: 1.67423773**

**CPF/CNPJ: 84939443353**

**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 fim 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\$ 150,01  
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)

Desc Relac 25% Oferta TIM Pós C Plus

Subtotal

10 GB de Internet

Minutos locais e DDD com 41

10GB de Internet para Vídeo

TIM Music

TIM Banca Virtual

TIM Backup 30GB

TIM Vídeo Premium

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	-	1	30	07/04 a 06/05	150,01
-	-	1/6	30	07/04 a 06/05	-49,98
10GB	418,2MB	1	30	07/04 a 06/05	150,01
ilimitada	181m36s	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					150,01

**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

IMPÓSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST: R\$ 0,29
ICMS	30%	R\$ 112,06	R\$ 33,62	FUNTEL: R\$ 0,29
PIS COFINS - Serviços Telecom	6,50%			
PIS COFINS - Serviços Não Telecom	3,25%			

Excluído do Imposto de Renda: 12,741,0012  
As contribuições do FUST (2%) e FUNTEL (0,5%) não são representadas as centavos

Informações Complementares - Planos e Serviços de Valor Adicionado (SVA)

Incluído (não tem custo)	
Franquia	R\$ 145,00
SVA	R\$ 54,50
Descontos (Fr. Franquia)	R\$ -16,17
Descontos SVA	R\$ -13,65

**DPVAT**  
CORRETORA  
DE SEGUROS  
06 AGO 2019

**DPVAT**

**TIM**

Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar e cobrar 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 central 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

9464000001-0 58050109011-3 00380649714-9 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: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 33 89 | SAC para deficientes auditivos e de fala: 0800 022 12 06 | Central Ovidor: 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/BIBLIOTECAS/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29536>

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. <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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Paula de Sousa Silva  
inscrito (a) no CPF/CNPJ B49.394.433 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Alessandro Mendes da Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 045.847.173 / 97  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Alessandro 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.

Endereço: <u>Rua Sete de Setembro</u>	Número: <u>244</u>	Complemento: <u>Centro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Elsebas Veloso</u>	Estado: <u>Piauí</u>
E-mail: <u>carladrianasousa@gmail.com.br</u>	CEP: <u>64.325-000</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 99981-6008</u>

Local e Data:

Elsebas Veloso, Pi 31.07.2019

Adriana Paula de Sousa Silva

Assinatura do Declarante

J CORRETORA  
DE SEGUROS

06 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 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 99 | SAC (para deficientes 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 201.144.533-87

com domicílio na cidade de Francinópolis, no Estado de

Piau, onde residu na (Rua/Avenida/Estrada)

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

Alvaro Mendes da Silva, cujo o condutor era

Alvaro Mendes da Silva

Veículo: motocicleta Modelo: Honda / Biz ES Ano: 2010/2010

Placa: PI-04506 Chassi: 9CZJC4220AR352300

Data do Acidente: 12/12/2018

J CORRETORA  
DE SEGUROS

06 AGO 2019

Local e Data: Francinópolis - Piau - PI 30.07.2019 **DPVAT**

Maria de Oliveira Silva

Assinatura do Declarante



ALVARO MENDES DA SILVA

Assinatura do Condutor

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



JUÍZARCA DE FRANCINÓPOLIS - PI.  
CARTÓRIO ÚNICO

Reconheço verdadeira a firma de

*Francisco de Assis da Silva*  
*Francisco de Assis da Silva*  
*Francisco de Assis da Silva*

Em testº da verdade *Francisco de Assis da Silva* Dou fé

Francinópolis(PI) *30 / 07 / 2019*

*Francisco de Assis da Silva*  
Escrivão Judicial  
CARTÓRIO ÚNICO DE FRANCINÓPOLIS-PI.  
Irene Luciano Rodrigues  
Escrivente Designado  
Matrícula: 4149823



HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

AV SANTOS DUMONT,

CENTRO, VALENCA DO PIAUI/PI - 64300-000

CNPJ: 06553564001100

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

HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0226155

Data: 12/12/2018

Funcionario: EDIMAR

Registro: 103010

Hora: 21:38:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 90

SUS

ALESSO MENDES SILVA

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

End.: POVOADO MALHADA VERMELHA, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Cor: PARDA Telefone: ( ) -

Mãe: IRISMAR MENDES DA SILVA

Civil: CEP: 64520000

Cidade: FRANCINOPOLIS/PI

Pal: ANTONIO TOLENTINO DA SILVA

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

### Procedimentos

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

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

História Clínica/Exame físico:

Paciente refere lesão no  
acidente motorcyclístico, queda do cavalo em ponto D

Exames Complementares: RX evidenciam fratura fechada, completa,  
rodio distal direito

Diagnostico provavel:

Prescrição Médica: Soluto regulção ortopédica

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

☐ Internação

J CORRETORES  
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

Exame/História:

Alergias: NAO

Medicação Usual:

PA: 0 mmHg

TAX: 0%

FR: 0 mrpm

SAT O2: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: ENCAMINHADO PARA REALIZAR RAIOS X

Condulta:

295179 - ROSANNA RAFENA R. BARBOSA  
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia

Destino:

Hora:

ALESSO MENDES SILVA

Paciente ou Responsável

5994 - FRANCISCO DE CARVALHO DANTAS TERCEIRA  
Médico Responsável




# UNIDADE MISTA DE SAÚDE PEDRO LOPES

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

Nome: Alvaro Mendes Silva

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

Data / Hora	Prescrição Médica	Horário	Relatório de Enfermagem
	# Acidente de motocicleta		
	Paciente 27 anos, BEG, consciente, orientado, Normotenso, Glasgow 15, fático. Apresenta múltiplas escoriações, edema em punho direito e pouca mobilidade na mesma. Paciente estável hemodinamicamente		
	CD: Sutura + limpeza e antisepsia de mão de joelho esquerdo + vacina Antitetânica. Solicito RX de punho direito		
	Obs: Se fratura presente em punho direito solicito ao colega plantonista para regular paciente para hospital de referência pois entenda uma viagem até o município e mais transporte ao paciente. A ambulância do município de Francinópolis - PI aguarda para possível transferência. Agradeço a atenção desde já.		
	 Dr. Alvaro Mendes Silva MÉDICO CRM-PI 7385		



90.3.06

90.7.06

**HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ**

PRAÇA ANTENOR NEIVA,  
BOMBA, PICOS/PI - 64601-391  
CNPJ: 06.553.564/0102-81  
(89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

**Ficha de Atendimento (Emergência)**

Atendimento: P0594820

Data: 13/12/2018

Funcionário: FRAN

Registro: 402796

Hora: 00:22:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 3

**SUS****ALESSO MENDES DA SILVA**

CPF: - RG: 3109927 - SUS: 160052479060004

Nasc.: 08/03/1991 Idade: 27 ANOS, 9 MESES, 5 DIAS Profissão: LAVRADOR

Civil: CEP: 64520-000

End.: MALHADA VERMELHA, 0 Bairro: POVOADO

Cidade: FRANCINÓPOLIS/PI

Cor: PARDA Telefone: (89) 9994-28042 Mãe: IRISMAR MENDES DA SILVA

Pai: ANTONIO TOLENTINO DA SILVA

Clínica: 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:**

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

☐ Internação**Exames Complementares:****Diagnóstico provável:****Prescrição Médica:****Anotações da Classificação de Risco**

Hora: 00:29:46

**Prioridade:**
☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☒ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente
**Queixa/História:** PCT VITIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO TRAUMA EM PUNHO DIREITO(SIC)**Alergias:** NEGA**Medicação Usual:**

PA: 130x80 mmHg

TAX: 0%

FR: 0 mrp:n

SAT O2: 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	1056759
Data:	13/12/2018
Hora:	0:40

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

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:160052479080004      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

Responsavel: SALETE MENDES DA SILVA - -

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

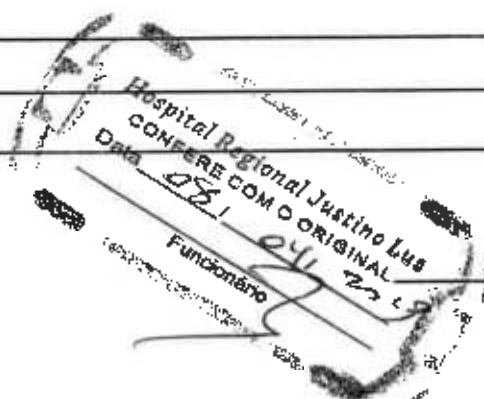
### Resultado

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

Transferido.....

### História Clínica

**Diagnóstico Provável**



GERALDO GONÇALVES NUNES



~~SECRETARIA~~  
~~ESTUDIOS DE~~  
~~SEGUNDO PLAN~~



A. J. Messic Menders

[illegible]





Hall  
**PRESCRIÇÃO  
MÉDICA**

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

PRONTUÁRIO		CLÍNICA	RELATORIO DE INFERMAGEM		
DATA/ HORA/ CODIGO/	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	ENFER. OU APT	LEITO	MÉICO ASSISTENTE
	(1) 1000 11/11/13				
	(2) 1000 11/11/13				
	(3) 1000 11/11/13				
	(4) 1000 11/11/13				
	(5) 1000 11/11/13				
	(6) 1000 11/11/13				
	(7) 1000 11/11/13				
	(8) 1000 11/11/13				
	(9) 1000 11/11/13				
	(10) 1000 11/11/13				
	(11) 1000 11/11/13				
	(12) 1000 11/11/13				
	(13) 1000 11/11/13				
	(14) 1000 11/11/13				
	(15) 1000 11/11/13				
	(16) 1000 11/11/13				
	(17) 1000 11/11/13				
	(18) 1000 11/11/13				
	(19) 1000 11/11/13				
	(20) 1000 11/11/13				





Alexsandro Mendes da Silva



SECRETARIA  
ESTADUAL DA  
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME: <u>Memo Mendes da Silva</u>	ALA	APTO	LEITO	R. MET.
HD: <u>41 Est. Justo (D)</u>	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA: <u>18/12</u> <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
1. DIETA ORAL	SND			
2. JELCO SALINIZADO	SND			
3. OMEPRAZOL 40 MG VO ÀS 6H	SND			
4. DIPIRONA 1 G + AD EV 6/6H, SN	SND			
5. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 SOS	SND			
6. CAPTOPRIL 25 MG- 01 COMP., VO DE 8/8H SE PAS> 160MMHG E OU PAD> 110 MMHG	SND			
7. ONDASENTRONA 8 MG EV 8/8H SOS	SND			
8. TILATIL 20 MG+ AD, EV, 12/12 H	SND			
9. SSVV- CCGG	SND			



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

PRONTUÁRIO		CLÍNICA	RELATÓRIO DE INFERMAGEM	
DATA/ HORA/ CODIGO/	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	ENFER. OU APT	MÉICO ASSISTENTE
17/12/2008	<p><u>Fratura de Rádio Distal</u></p> <p>1 - Dieta <i>líquida</i>            2 - SFO, 9%, 1000ml IV, p/24hrs            3 - Dipirona 3ml IV, 6/6hrs            4 - Tramal 100mg+100ml SFO, 9% IV, SOS            5 - Braxiprom 400mg (iv); Bishin (iv)            6 - Curaprezol 400mg (iv); pela manhã            7 - Cuidados gerais            8 - Sinais V. Fato            9 - Tetratê 20mg (iv); 12/12hrs</p>		<p>HÓRARIO</p> <p>12/18/24hrs</p> <p>SV</p> <p>(12) (14)</p>	<p>OBSERVAÇÃO</p> <p>Hospital Regional Juazeiro            CONFERE COM O ORIGINAL            Data 08/10/2011            Funcionário</p>



SECRETARIA  
ESTADUAL DA  
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME: <i>Alencar Mendes da Silva</i>	ALA C	APTO	LEITO	R. MET.
HD: <i>Fratura de Rádio Ulna</i>	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
	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 100 mg - SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h S/N				
7. CCGG+SS IV				
8. TILATIL 40MG EV 12/12H, S/N				
9. CLEXANE 600MG INJEZ 40MG, SC, 1X/DIA ( <i>suspensão</i> )				
<i>Dr. Gustavo Felix</i> Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 1111 / CRM-MA 3111				

NOME: *Alano Mendes S. C. n*

HD: *Fratura R. d. o.*

DATA *04/12/18* **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

- 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

ALA C

APTO

LEITO

R. MET.

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO DE MEDICAÇÃO

OBSERVAÇÕES

Hospital Regional Justino Luz  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Data *04/12/18*  
Funcionário *[assinatura]*



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

SOLICITAÇÃO DE VAGA/ TRANSFERENCIA

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

HOSPITAL SOLICITANTE UMSPA

MUNICIPIO Francinópolis

MÉDICO Dr. Milton Montenegro

CRM: 7385

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

( ) Obstetrícia (X) Trauma ( ) Clínico ( ) Cirúrgico ( ) Psiquiatria ( ) Outro \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome Alino Mendes da Silva

Idade 37 anos

Sexo: (X) Masculino ( ) Feminino

HDA \_\_\_\_\_

Acidente vítima de queda de motocicleta, vítima de lesão em braço direito. Exatidão da história de trauma discutida.

ESCALA DE GLASGOW:

ABERTURA OCULAR

RESPOSTA VERBAL

RESPOSTA MOTORA

☒ 4- Espontânea

3- Comandos

2- A dor

1- Nenhuma

☒ 5- Orientado

4- Confusa

3- Palavras inapropriadas

2- Palavras Incompreensíveis

1- Nenhuma

6- Obedece a comandos

☒ 5- localiza dor

4- Movimento de retirada

3- Flexão anormal

2- Extensão anormal

1- Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax. 80

EC P: \_\_\_\_\_

bpm \_\_\_\_\_

R: \_\_\_\_\_

mm \_\_\_\_\_

PA: 120/90

mmhg Sat O2 99%

-Glicemia: \_\_\_\_\_ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

( ) Oxigênio

( ) Hidratação Venenosa

( ) Aspiração

( ) Medicação

( ) Curativo

(X) Outros \_\_\_\_\_

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: Glória Nunes - Florianópolis

Clínico/ Posto: Unidade de Ortopedia

Senha 20190103087047

Dr. Milton Montenegro da Silva CRM-PZ 7385  
Assinatura e Carimbo do Médico

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
GABRIEL FERREIRA, S/N,  
MANGUINHA, FLORIANO/PI - 64800-000  
CNPJ: 06.553.564/0102-62  
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1371

Plano de Atendimento (Pronto Atendimento)  
Atendimento: PD0606194 Registro: 185676  
Data: 05/01/2019 Hora: 06:00:00  
Funcionário: DORTLENE Tipo: CONSULTA  
Sexo: MASCULINO  
**SUS**

**ALESSO MENDES DA SILVA**

Nasc.: 08/03/1991 Idade: 27 ANOS, 9 MESES, 28 DIAS Profissão: LAVRADOR Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64520-1  
End.: MALHADA VERMELHA, 0 - Bairro: ZONA RURAL Cidade: FRANCINÓPOLIS/PI  
Cor: PARDA Telefone: (89) 9990-57454 Mãe: TRISMAER MENDES DA SILVA Pai: ANTONIO TOLENTINO DA SILVA

Clinica: **ORTOPEDIA** Documento: 0000 - HOSPITAL TIBÉRIO NUNES  
Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA - G NEMO Tempo: 100 Minutos P.A.: 100

**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: **ANTEROMIO**  
Data: **05/01/19 9:20 U**  
Ass: **Paulo Vitor**

Exame com 20 Min. In  
Perf. Rádio lateral ap-  
laxar, após avaliação  
nefocidifera  
B / Perf. Rádio lateral  
cl. de lesão leve

Dr. Conquias P. Filho  
Ortopedia Traumatologia  
CRM: 2572 TEOR 7348

Antonio Tolentino da Silva

Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA

0000 - HOSPITAL TIBÉRIO NUNES



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

**Ficha de Atendimento (Acolhimento)**

Atendimento: P0606194  
Data: 05/01/2019  
Funcionario: DORILENE

Registro: 185676  
Hora: 08:00:00  
Tipo: CONSULTA  
Sexo: MASCULINO

Senha 27

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  
IBGE: 2204006 Cor: PARDA Mãe: IRISMAER MENDES DA SILVA

CPF: - RG: 3.109.927 ssppi - SUS: 160052479060004  
Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64520-0  
Cidade: FRANCINÓPOLIS/PI  
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

**RESERVAÇÃO**

**SINAIS VITAIS**

PA: 0 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

**ALERGIAS**

NEGA

**MEDICAÇÃO USUAL**

**CONDLTA**

A ORTOPEDIA

08/10/2019  
Manoela

Ruth Maria Frances M. da Silva  
Enfermeira  
COREN-MA/PI - IS 445-554

*(Signature)*

Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA

0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

2 - CNES  
2365146  
4 - CNES  
2365146

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
ALESSO MENDES DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO  
185676

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
160052479080004

8 - DATA DE NASCIMENTO  
08/03/1991

9 - SEXO  
Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 2

10 - NOME DA MÃE  
IRISMAR MENDES DA SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO  
( ) -

12 - ENDEREÇO  
MALHADA VERMELHA, 3 - ZONA RURAL

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
FRANCINÓPOLIS

14 - CÓD. REG. MUNICÍPIO  
2204006

15 - UF  
PI  
16 - CEP  
64200-000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Resumo clínico de acidente  
traumático agudo  
Resumo médico do ferido*

**AIH NUMERADA**

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

*Quebra de osso*

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

*Quebra de osso*

20 - DIAGNÓSTICO SINAL

*Fêmur direito*

21 - CID PRINCIPAL  
552.85

22 - CID SECUNDÁRIO  
V29.4

23 - CAUSAS ASSOC.

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA  
ORTOPEDIA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO  
( ) CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  
23368413387

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  
CONEGUNDES PEREIRA DA SILVA FILHO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
05/01/2019

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)  
Dr. Conegundes P. Filho  
Ortopedia Traumatologia  
CRM: 2572 TEO: 7348

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

33 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO  
35 - ( ) ACIDENTE TRAB. TÍPICO  
36 - ( ) ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO

*12/10/2019*  
*Marcos*  
NÃO SEGURO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

M220390901

45 - DOCUMENTO  
( ) CNS (x) CPF

078.977.823-87

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

*05/01/2019*  
*Marcos*  
AUTORIZADOR  
CRM: 2572 TEO: 7348

24160

2219101176094





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

Nome do Paciente: Alessio Mendes da Silva Reg. Same: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: Osteossíntese de rádio D Sala: 03  
Cirurgião: Dr. Alexandre Auxiliar: Dr. Francisco Jr.  
Instrumentador: Lindoval Circulante: Régia  
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		20ml		
05	AMPICILINA				
06	ADRENOPLASMA				
07	CEDILANIDE				
08	CLORETO DE POTÁSSIO				
09	CREME VAGINAL				
10	COLÍRIO				
11	CEFALOTINA 1g	Leopoldina S	02amp		
12	CLORAFENICOL				
13	DECADRON		01amp		
14	DOLASSAL				
15	DORMONID				
16	DOLANTINA				
17	EFORTIL				
18	ETER ANESTÉSICO				
19	FLAXEDIL	Flomaxim	01amp		
20	FLEBOCORTID				
21	GARAMICINA 1g	1g	01amp		
22	GLUCONATO CÁLCIO				
23	HALATOME ML				
24	INOVAL	Dipirona	02amp		
25	KETALAR	Chlorazetonas	01amp		
26	METROMIDAZOL INJETÁVEL				
27	MANITOL 20%	Manitolina	01amp		
28	METHERGIM				
29	METIL CELULOSE				
30	OCITOCINA				
31	PLASIL				
32	PROSTIGIMINE				
33	POMADA OFTALMOLÓGICA				
34	QUELICIM				
35	QUEMICETINA				
36	RINGER-LACTADO				
37	SORO FISIOLÓGICO		3 unidades		
38	SORO GLICOSADO				
39	TRANSAMIN				
40	THIONEMBUTAL				
41	VALIUM				
42	VITAMINA K				

Lidocaína com epinefrina 2% 01002  
Bupivacaína 0,5% 0402





Hospital Regional  
Tiberio Nunes

27a  
Francoinópolis/PE

## RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Paciente	<u>Alvaro Mendes da Silva</u>	D.N	<u>08.03.1991</u>		
Data:	<u>30/01/19</u>	Admissão às	<u>10:45</u>	Prontuário	
Alergia	<u>Nega</u>	Procedimento realizado	<u>Osteointer de núcleo D</u>		

### DADOS REFERENTES A ANESTESIA

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

ANESTESIOLOGISTA: Dr. José Roberto CIRURGIÃO: Dr. Alexandre

CONTROLES (HORÁRIO DE INÍCIO: 10:45)

Hora	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 <sub>2</sub>	98%	98%	98%	99%				
HGT								
Dor(0-10)								
Ass.Func.	<u>estável</u>	<u>estável</u>	<u>estável</u>	<u>estável</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			Em 10:45 h paciente admitido na SGA em DOI de anestesia de núcleo D. Nega alergia medicamentosa. Condição satisfatória.
	Capaz de mover 2 membros	1					
	Incapaz de mover os membros	0					
Respiração	Respira profundamente ou tosse livremente	2	2	2			Sinais vitais satisfatórios. Sem alteração.
	Dispneia ou limitação da respiração	1					
	Apnéia	0					
Circulação	PA 20% do nível pré-anestésico	2	2	2			Fechou: SGA - PA 132x70 mmHg. P. 56 bpm. SpO <sub>2</sub> 98%.
	PA 20-49% do nível anestésico	1					
	PA 50% do nível pré-anestésico	0					
Consciência	Lúcido, orientado no tempo e espaço	2	2	2			Paciente acordou sem desconforto.
	Desperta se solicitado	1					
	Não responde	0					
Saturação de Oxigênio	Maior que 92% respirando em ar ambiente	2	2	2			Sem alteração.
	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"  
Florianópolis - Piauí

## Folha de Anestesia

Nome: <u>Alvaro Mendes da Silva</u>		Registro: _____	
Enf.: _____		Leito: _____	
Apto.: _____			
Data	P. Arterial	Pulso	Respiração
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematúria	Hemoglobina
			Hematócrito
			Glicemia
			Dos. Uréia
Exame de Urina			
Função Respiratória			
Sistema Circulatório		Eletrocardiograma	
Sistema Respiratório		Assina	Bronquite
Sistema Digestivo		Sistema Urinário	
Estado Mental		Corticóides	Atarácicos
		Outros	
Diagnóstico Pré-Operatório		Risco	
Pré-Medicação (Agentes e Doses)		Aplicado As:	Efeitos:
Agentes Anestésicos Oxigênio 1 2 3 Líquido Sólido 500 Sanguineo 300 Outros 100		TOTAL DE DOSES	
Temperatura T° P. Arterial V A Pulso Início e Fim Anestesia X Início e Fim Operação C Respiração O		SEQUÊNCIA Anestesia Geral Anest. M.D. 500 Bloqueio de plexo Braquial 11 1/2% 5ml Lidoc. 5% 10ml Clorprom. 10 Propofol 10ml Fentanil 10 Teofilina 10 Dipiridamol 10 Ondansetrona 10 Clonitina 10ml	
SÍMBOLO		DURAÇÃO	
Técnica: <u>Bloqueio Plexo Braquial</u>		Incidentes - Acidentes	
Operação: <u>Ortopedia de Mão</u>			
Cirurgiões: <u>Dr. Alexandre</u>			
Anestesiistas:		Corticóides pós-oper. Imediata	
Dr. José Rodrigo Bezerra Sousa			
MÉDICO			
Particularidades: CRM-PP6248			

# LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGU

## CHECK LIST

Nome: Alessandro Mendes da Silva

Procedimento: Osteossíntese de rádio D

Cirurgião: Dr. Alexandre

Auxiliar: Dr. Fran

Anestesista: Dr. Rodrigo

Instrumentador: Lindorval

Enfermeiro: Lindorval

Circulante: Régia + Joana

ANTES DA INDUÇÃO 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>Osteossíntese de rádio D</u>
Demarcação: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica	Cirurgiões, anestesiistas 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>dois</u>
Verificação do equipamento de anestesia e medicação, pelo anestesiista: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<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
PA: <u>155x83 mm Hg</u> SpO2: <u>99%</u> P: <u>90 bpm</u>	Alguma preocupação específica relacionada ao paciente? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" 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
Via aérea difícil ou risco de aspiração <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Preparo da pele? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Alguns problemas com equipamentos que deve ser resolvido? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
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	PA: <u>124x67 mm Hg</u> SpO2: <u>99%</u> P: <u>52 bpm</u>
Risco de perda sanguínea > 500ml? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Reserva sanguínea? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Equipamentos e instrumentais revisados? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Recomendações importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse cliente:
Acesso venoso adequado e pervio? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> AVC <input checked="" type="checkbox"/> AVP	Confirma administração de antibiótico profilático em até 120 min? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Consentimento anestésico e cirúrgico <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>dois</u> PA: <u>148x79 mm Hg</u> SpO2: <u>100%</u>	

ENFERMEIRO

TEC. EM ENFERMAGEM

Dr. Alexandre Mendes da Silva  
CRM-PA 1462  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Dr. José Rodrigo Bezerra Sousa  
MÉDICO  
CRM-PA 6248  
ANESTESISTA

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE - MRTN

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

*Ex do núcleo*

NOME <u>Almo Mendes de Almeida</u>	ALA <u>D</u>	ENF. OU APT.	LEITO <u>104</u>	ORTOPÉDIA
PREScrição Médica	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA <u>20 / 01 / 19</u>	HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
01. DIETA LIVRE <u>ZERO</u>				
02. JELCO HIDROLISADO <u>(80,9% - 100ml em 4h)</u> <i>(12:00)</i>				
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	<i>12:00 Maria</i>			
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	<i>12:00 Maria</i>			
05. DIFENIDRAMINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	<i>12:00 Maria</i>			
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	<i>12:00 Maria</i>			
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)	<i>12:00 Maria</i>			
08. GLEKANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA <i>(Simples)</i>	<i>12:00 Maria</i>			
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)	<i>12:00 Maria</i>			
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg	<i>12:00 Maria</i>			
11. CURATIVO	<i>12:00 Maria</i>			
12. SSVV + CCGG	<i>12:00 Maria</i>			
<p><i>Dr. Francisco Junior Costa Gomes</i> Ortopedia/Traumatologia CRM-PI 43341 / TEO 14199</p> <p><i>Dr. Alexandre Almeida</i> CRM-PI 43341 / TEO 14199</p>				

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

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

Clínica: ORTOPEDIA Leito: N0104

Anotação

20/01/2019

Técnico(a)

Assinatura

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

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
CNPJ: 06.553.564/0103-62



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

**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 Letto: N0104

**Evolução**

**Enfermeiro(a)**

**Assinatura**

**20/01/2019**

22:16:23	SEGUE EM POI FRATURA EM PUNHO D. CONSCIENTE, ORIENTADO, CALMO, FASICO, RESPIRANDO AR AMBIENTE. ACEITA DIETA OFERECIDA, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTE, SONO E REPOUSO PRESENTE. SEM QUEIXAS NO MOMENTO.	EDINALVA	Edinalva Albuquerque Virgulin Enfermeira COREN-PI 312 515
----------	--	----------	---

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

**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

Anotação

Técnico(a)

Assinatura

20/01/2019

01:11:31	CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM PRESCRIÇÃO DO DIA, AGUARDANDO CIRURGIA. - PA:130/70 TAX: 36º F.C.:48 F.R.: 0 Glicemia: 0	VALDINA	Valdina Cunha COREN-PI 50266-1E
----------	--	---------	------------------------------------

Resposta: 01/01/2019 10:52:00  
CNPJ: 06.553.564/0103-82

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

**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

Anotação

19/01/2019

Técnico(a)

Assinatura

17:59:33	SEGUE ESTAVE, NÃO FEZ QUEIXAS DURANTE O PLANTÃO. AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM. - PA: TAX: 0° F.C.:0 F.R.: 0 Glicemia: 0	SEMIR	<i>Alessandro</i>
12:00:00	SEGUE CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM QUEIXAS, HIGIENIZADO, SUSPENSO CIRURGIA. - PA:140/80 TAX: 36° F.C.:53 F.R.: 20 Glicemia: 96	SEMIR	<i>Alessandro</i>



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1069580 - ALESSO MENDES DA SILVA

Page 1 of 1

Data impresso: 19/01/2019

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

Sexo: M

Idade: 27 ANOS,9 MESES,28 DIAS

Responsável: ALESSO MENDES DA SILVA

Clinica: 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 FISIOLÓGICAS PRESENTE, SONO E REPOUSO PRESENTE. SEM QUEIXAS NO MOMENTO.

EDINALVA

Edinalva Noronha Virgulino  
Enfermeira  
COREN-PI 312.518

Assinatura do Enfermeiro

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

**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

Evolução

Enfermeiro(a)

Assinatura

18/01/2019

20:45:24 15ª DIH/ FRATURA DE PUNHO DIREITO; EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, RECEPTIVO 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

*Hilidelisa*  
*Caren S3238*

Hospital Regional Tiberio Nunes  
CNPJ: 06.553.564/0103-82

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

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

Anotação

18/01/2019

Técnico(a)

Assinatura

23:02:59	PACIENTE SEGUE EM REPOUSO NO LEITO, CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOTERMICO, NORMOTENSO. EM DIETA ZERO AGUARDANDO PROCEDIMENTO CIRURGICO. - PA:120/70 TAX: 36° F.C.:63 F.R.: 18 Glicemia: 0	JACK <i>Jack Almeida</i>	Jack Almeida Clínica: Ortopedia CNPJ: 08.553.564/0103-82
----------	---	-----------------------------	--

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

1069580 - 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 Letto: N0104

Anotação  
18/01/2019

Técnico(a)

Assinatura

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

M. 18:00h. Verificado Ps=150x90mmHg, Ec=64 bpm, Tax=35.8% Marcia Fernanda Carvalho Sousa  
COREN-PI: 1321037 - TE

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
CNPJ: 06.553.564/0103-62

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

**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

Clínica: ORTOPEDIA Leito: N0104

Técnico(a)

Assinatura

Anotação

18/01/2019

VALDINA

01:17:11

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

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

NOME <u>Alano Nunes</u>	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA
DATA <u>12/05/19</u>	PRESCRIÇÃO MÉDICA			
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM				
HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES		
01. DIETA LIVRE		<p>Em 12/05/19. Às 10:15h          pt mgm. Colm, comite          sem quebras fêmea          no momento com co          SSVV - 140x110 mmHg PC          72.5 bpm Te</p> <p>Dr. Moraes R. da Costa          Rec. de Enfermagem          COREN-PB 1.134.722</p>		
02. JELCO HIDROLISADO				
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
05. DÍPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% 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				

Dr. Conegundes P. Filho  
 Ortopedia Traumatologia  
 CRM: 2672 TEOT: 7348

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

NOME <u>Alvaro Almeida</u>	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA
PREScrição Médica	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA <u>11/01/19</u>	HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
01. DIETA LIVRE				
02. JELCO HIDROLISADO				
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	(18)		(06) NT	
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	(18)		(06) NT	
05. DILPONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	(18)		(06) NT	
06. NALAFIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	(18)		(06) NT	
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
08. SLAXANE 10MG - 01 AMP SO 1X/DIA	(18)		(06) NT	
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  
FLORIANO-PI

NOME <u>Pessoa, Alexandre</u>	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA
DATA <u>19/01/19</u>	PRESCRIÇÃO MÉDICA			
		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
		HORÁRIO MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÕES	
01. DIETA LIVRE			Sh. cliente não refe	
02. JELCO HIDROLISADO			quero alim. Kallor	
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		(12) NCF	(06)	
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS				As 6hs, 19/01/19
05. DIPYRONA 1G - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS				paciente agitada
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				semia-ortopedico
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)				rec. 20mg
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				



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

NOME <u>Alvaro Junior</u>	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA
DATA <u>09/07/18</u>	PRESCRIÇÃO MÉDICA			
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM				
HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES		
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				
05. DILTIZEM 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS				
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS				
07. TRAMAL 100MG + 100ML SFO 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				

Dr. Celso Antonio Mendes Coimbra  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 3978. TEL: 13135

NOME <u>Adriano de Souza</u>	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA
DATA <u>08/01/18</u>	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
# <u>5x do valor l. tel</u>	HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
01. DIETA LIVRE				
02. JELCO HIDROLISADO				
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	<u>18h</u>			
<del>04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS</del>	<u>06h</u>			
<del>05. DAPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS</del>				
<del>06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS</del>				
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
<del>08. OLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA</del>				
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				
<p><i>Dr. Carlos Antonio Mendes Coimbra</i>  Ortopedia e Traumatologia  CRM: 3978. TECT. 13135</p>				

Mod. 312 Frente e Verso Prescrição Médica

fazer mais.

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

NOME <u>Alvaro Mendes,</u>	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA
PREScrição Médica	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA <u>02/07/17</u>	HORÁRIO MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
01. DIETA LIVRE			AS 14:00 PACIENTE	
02. JELCO HIDROLISADO			DETORNADO COM CATH	
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	<u>18:00</u>		DEAMBULANDO COM	
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	<u>18:00</u>		FRATURA NO ANTEBRAÇO	
05. DIFENIDRAMINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	<u>12:00</u>		SEM DUREZA NO	
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	<u>12:00</u>		MOMENTO ESTÁ NO	
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)	<u>12:00</u>		REPOUSO DO PS APÓS	
08. GLEKANE 10MG - 01 AMP SC 1X/DIA			RAPO UAGA NA ALZ	
09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)			(A) REC. CLINICA	
10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				
11. CURATIVO				
12. SSVV + CCGG				
<p>Dr. Conagundá A. P. P. Filho  Ortopedia - Traumatologia  CRM: 2572 101133</p>				

Prof. Rodolfo Lopez

Herb Wheeler, Sec

DATA

05/07/79

## ORTOPEDIA

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

### HORÁRIO MEDICAÇÃO

### OBSERVAÇÕES

## 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~~

05. DIFERONIA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS

06: TILATEL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS

07: TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% IV 8/8 HORAS (S/N)

~~09. CLEAXANE 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

Dr. Conegundes P. Filho  
Ortopedia Traumatologia  
CRM: 2572 TEOD: 7348



LEI Nº 116 DE 29/06/93

TERESINA-PI

CERT. NASC. 7341 L AID F 230

EXP FRANCINÓPOLIS-PI 07/02/92

DOC. ORIGIN

08/03/1991

IRISMAR MENDES DA SILVA

ANTÔNIO TOLENTINO DA SILVA

ALESSO MENDES DA SILVA

3.109.927

30/11/07

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CÓDIGO DE CONTROLE  
74D5.CD7D.A309.D8C4

A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na Internet, no endereço  
[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
em 15:37:00 do dia 23/05/2012 (hora e data de Brasília)  
dígitos verificador: 06

DPVAT  
06 AGO 2019  
DE SEGUROS  
J. CORRETORES

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

ALESSO MENDES DA SILVA

CARTÃO DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
046.847.173-97

Nome  
ALESSO MENDES DA SILVA

Nascimento  
08/03/1991

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
 CADERNÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

1554703040

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME: ADELIA CARLA DE SOUSA SILVA

DOC. IDENTIFIC. (RG) EMISSOR: 1051971 RSE 92

CPF: 849.354.433-23 DATA DO NASCIMENTO: 30/07/1977

PRONOME: JORGE NESTOR DA SILVA

MARIA CAROLINA DE SOUSA

PERMISSÃO: PERMISSÃO ACI: CATEGORIA: 2

NUMERO: 05983294635 VALIDADE: 03/01/2019 PROROGAÇÃO: 04/01/2019



EMPRESAS:

PIAUI

ASSINATURA: Adelia Carla de Sousa Silva

LOCAL: TERESINA, PI DATA DE EMISSÃO: 04/01/2019

58064088322  
 71318207050

J CORRETORA  
 DE SEGUROS

06 AGO 2019

DPVAT

Sinistro

SOLICITAÇÃO DE REAGENDAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA

Dr. Alvaro Mendes da Silva  
RG 3.109.927 / CPF 045.847.173-97  
Residente a Rua Barão de Malhada Velha Cidade de  
Francinópolis - Piauí Bairro: Zona Rural  
UF Piauí CEP 64.520-000

Telefone para contato: (86) 99948-1744 (86) 99981-6008

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

Solicito uma perícia médica DPVAT do  
meu processo, pedindo que eu receba  
R\$ 843,00, sem menos o conteúdo a uma  
perícia médica, segue em anexo as  
novas documentações.

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

ALVARO MENDES DA SILVA

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

**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:** 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

**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:**

**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

**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:** 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

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

# 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

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**CPF de:** Próprio

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

## 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

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

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

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### 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

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**CPF de:** Próprio

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

## 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

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/09/2019  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

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

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**CPF de:** Próprio

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

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-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

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



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:

Boletim de ocorrência	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



---

**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

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:

Boletim de ocorrência	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



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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 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 - Nº do alvará ou ASL: 3 - CPF da vítima: 045.847.173-97 4 - Nome completo da vítima: Alexsandro Mendes da Silva

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

5 - Nome completo: Alexsandro Mendes da Silva 6 - CPF: 045.847.173-97  
7 - Profissão: Camaradeiro 8 - Endereço: Rua do Machado, 123, Jd. Primavera  
9 - Número: 510 10 - Complemento: Camaradeiro  
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Francinópolis 13 - Estado: Piauí  
14 - CEP: 64.520-000 15 - E-mail: Recusou-se 16 - Tel. (DDD): (86) 99981-6008

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00  
☒ R\$0,00 SEM RENDA

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)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO:   
AGÊNCIA: 1607 CONTA: 69708 1 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Francinópolis - PI 30.07.2019

ALEXSANDRO MENDES DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101  
OVIDORIA 0800 725 7474

211-800165897-2

30/JUL/2019

HORA DE 13:09:00

UT: 16.012722 0

IFRM: 025222

LOCALIDADE: ELESBAO VELOSO

AG. VINCULADA: 1607

CONTROLE: 408828758

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM DINHEIRO

1607 013 00069708-1

ALESSO MENDES DA SILVA

VALOR

:

0,00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO  
DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINUTOS

211-800165897-2

1ª VIA



**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

Tipo Local

OUTROS

Município

FRANCINÓPOLIS

Endereço

PI-224, Nº:

Complemento

Data/Hora

12/12/2018 - 17:00

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

06 AGO 2019

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: ALESSO MENDES DA SILVA

Endereço: POVOADO MALHADA VERMELHA, Nº

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: FRANCINÓPOLIS

Mandado: 000000000

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

DPVAT

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

**VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

Marca:

Modelo:

Ano: Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA. BIZ 125

2010 NIO-450

9C2JC422AR352300

223410675

Vermelha

Condutor: ALESSO MENDES DA SILVA

Cidade: FRANCINÓPOLIS UF: PI Bairro:

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

O DECLARANTE VEIO ATE ESTA DELEGACIA PARA COMUNICAR UM ACIDENTE QUE ENVOLVEU A SUA PESSOA E TEVE SEGUITE 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 ATE O HOSPITAL DE VALENÇA, ONDE FOI FEITO OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS, QUE POSTERIORMENTE FOI LEVADO AO HOSPITAL DE PICOS, ONDE FOI FEITO RAIOS-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