

# 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: 28/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 00000109477-6

---

Nr. da Autenticação 2551BAC8C7CDBD69

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:  
**3190674913**

3 - CPF da vítima:  
**092.466.433-99**

4 - Nome completo da vítima:  
**Jhonathas Kawan Freire Alves**

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

5 - Nome completo:

**Jhonathas Kawan Freire Alves**

6 - CPF:  
**092.466.433-99**

7 - Profissão:

**Recurso-me**

8 - Endereço:

**PI 330**

9 - Número:  
**4320**

10 - Complemento:  
**casa**

11 - Bairro:

**Nazária**

12 - Cidade:

**Nazária**

13 - Estado:

**PI**

14 - CEP:  
**64.415-000**

15 - E-mail:

15 - Tel.(DDD):  
**186198821-4816**

## 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:

**Silvano Alves Batista**

18 - CPF do Representante Legal:

**453.915.253-00**

19 - Profissão do Representante Legal:

DADOS CADASTRAIS

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

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

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: **1607**

CONTA: **045017 5**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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:

MORTE



28 - Vítima teve filhos, informar

Vivos:  Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascer?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:  Sim

Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim

Não

NÃO ALFABETIZADO

34

impressão  
digital da  
víma ou  
benficiário  
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data:

**Teresina, 26.12.2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

2011



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: **3190674913** 3 - CPF da vítima: **092.466.433-99** 4 - Nome completo da vítima: **Thonathas Kauan Freire Alves**

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

5 - Nome completo:	<b>Jhonathas Kauan Freire Alves</b>		6 - CPF: <b>092.466.433-99</b>
7 - Profissão: <b>Recurso - me</b>	8 - Endereço: <b>PI 530</b>	9 - Número: <b>4320</b>	10 - Complemento: <b>casa</b>
11 - Bairro: <b>Nazária</b>	12 - Cidade: <b>Nazária</b>	13 - Estado: <b>PF</b>	14 - CEP: <b>64.415-000</b>
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): <b>(86)</b>		

## 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: <b>Silvano Alves Batista</b>	18 - CPF do Representante Legal: <b>453.955.253-00</b>	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:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: <b>1607</b> CONTA: <b>045017 5</b>
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)
		(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Teresina**, **26/12/2019**

**Silvano Alves Batista**  
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

092.466.433-99

4 - Nome completo da vítima:

Jhonathas Kawan Freire Alves

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

5 - Nome completo:

Jhonathas Kawan Freire Alves

6 - CPF:

092.466.433-99

7 - Profissão:

Recurso - me

8 - Endereço:

PI 330

9 - Número:

4320

10 - Complemento:

casa

11 - Bairro:

Nazária

12 - Cidade:

Teresina/NAZÁRIA

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64.450-000

15 - E-mail:

8698823-4536

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:

Silvano Alves Batista

18 - CPF do Representante Legal:

453.915.213-00

19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

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

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 1623

7

CONTA: 34535

3

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

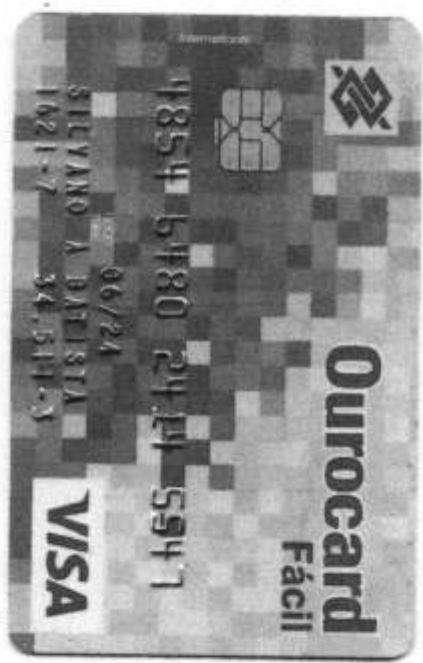
40 - Local e Data, 03/12/2019

× Silvano Alves Batista

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

092.466.433-99

4 - Nome completo da vítima:

Jhonathas Kawan Freire Alves

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

5 - Nome completo:

Jhonathas Kawan Freire Alves

6 - CPF:

092.466.433-99

7 - Profissão:

Recurso - me

8 - Endereço:

PI 330

9 - Número:

4320

10 - Complemento:

casa

11 - Bairro:

Nazária

12 - Cidade:

Teresina/NAZÁRIA

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64.450-000

15 - E-mail:

8698823-4536

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:

Silvano Alves Batista

18 - CPF do Representante Legal:

453.915.213-00

19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

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

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 1623

7

CONTA: 34535

3

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

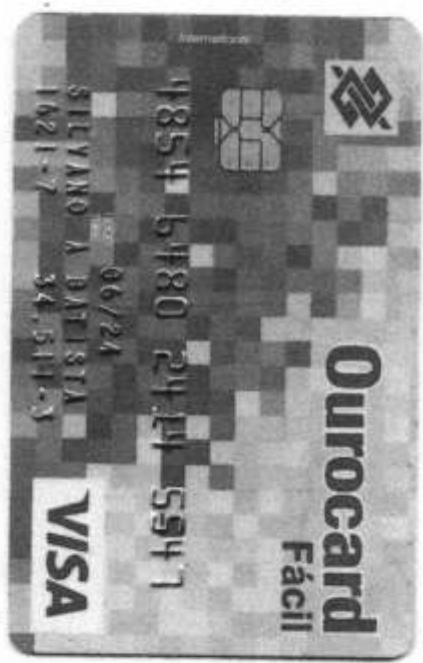
40 - Local e Data,

6 maio 03/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:  
**3190674913**

3 - CPF da vítima:  
**092.466.433-99**

4 - Nome completo da vítima:  
**Jhonathas Kawon Frise Alves**

5 - Nome completo:  
**Jhonathas Kawon Frise Alves**

6 - CPF:  
**092.466.433-99**

7 - Profissão:  
**Receve - me**

8 - Endereço:  
**PI 130**

9 - Número:  
**4320**

10 - Complemento:  
**Casa**

11 - Bairro:  
**Magaria**

12 - Cidade:  
**Magaria**

13 - Estado:  
**PI**

14 - CEP:  
**64.415-000**

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):  
**(66) 98823-4536**

## 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:  
**Silvana Alves Batista**

19 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:  
**453.915.213-00**

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

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

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

**1606**

CONTA:

**109477**

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

**6**

CONTA:

**6**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atende 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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):

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Sim  Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data

**Buxua, 14/01/2020**

**Jhonathas Kawon Frise Alves**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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

---

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190674913**

**Vítima: JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES**

**Data do Acidente: 01/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

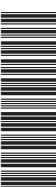
O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 01 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190674913

Vítima: JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES

Data do Acidente: 01/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES**

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos 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: **JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES**

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

Banco: **104**

Agência: **000001606**

Conta: **00000109477-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190674913**

**Vítima: JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES**

**Data do Acidente: 01/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES**

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

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190674913**

**Vítima: JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES**

**Data do Acidente: 01/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190674913**

**Vítima: JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES**

**Data do Acidente: 01/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES**

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

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431164/19

**Vítima:** JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES

**CPF:** 092.466.433-99

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 01/09/2019

**Titular do CPF:** JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES

**Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### SILVANO ALVES BATISTA : 453.915.213-00

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

### JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES : 092.466.433-99

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/12/2019  
Nome: SILVANO ALVES BATISTA  
CPF: 453.915.213-00

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019  
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO  
CPF: 021.355.263-98

SILVANO ALVES BATISTA

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431164/19

Número do Sinistro: 3190674913

Vítima: JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES

CPF: 092.466.433-99

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/09/2019

Titular do CPF: JHONATHAS KAWAN  
FREIRE ALVES

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES : 092.466.433-99

Autorização de pagamento

## 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: 31/12/2019  
Nome: JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES  
CPF: 092.466.433-99

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/12/2019  
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO  
CPF: 021.355.263-98

---

JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES

---

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO



## HOSPITAL GERAL DO PROMORAR

Av. Ulisses Guimarães s/n Promorar - Fone: 86 3215 9153  
TERESINA-PI CEP: 64075-450 CNPJ: 05.522.917/0028-90

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

10 09 2019

Imp: 01/09/2019 10:17:18

User: PDS JR.

Estação: CONSULTORIO01

Nome: JHONATHAS KAMAN FREIRE ALVES

Prontuário: 171132

Mae: ILDA MARIA FREIRE ALVES

Pai:

End. Resid.: QUADRA 65 LOTE 10 CASA B - PROMORAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-000	
Nascimento: 02/04/2003	Idade: 16a4m29d
Responsável: O MESMO	Sexo: Masculino Fone: -
Profissão:	CNS: 700006010084606
G. Instrução: Superior Completo	Documento: Reg.Nasc:
DADOS DO ATENDIMENTO:	E.Civil: Solteiro(a)

Código: 469191	Entrada: 01/09/2019 10:01:56	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura	(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE)		
Condução:			

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: MAL ESTAR EM ADULTO	Classificação: DOR MODERADA	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: REFERE LESÃO COM ESCORIAÇÕES HECIA DM ,HAS NENHUMA ALÉRGIAS	ODETE MARIA CORINTACIO SANTOS 574330 COREN-PI Em: 01/09/2019 10:05:30	

SSVV: Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	P脉: bmp	Pressão: mmHg
Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:				

B : FUPNÉICO, TÓRAX EXPANSÍVEL, SEM RETRAÇÕES OU ABAULAMENTOS, AP : MV EM AHT SEM RA, AC : RCR, 2T,SS, BMF.  
C : ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, FUSO 80 BPM, ABDOME : PLANO, DEPRESSÍVEL, INDOLOR A PALPAÇÃO, SEM VSM .  
PELVE ESTÁVEL

Diagnóstico Inicial: ?	CID:
Exames Complementares: RX DE PUNHO DIREITO E ESQUERDO	

Prescrição Médica: 1) DIPIRONA 01 AMP + AD, EV AGORA 2) VOLTAREN 01 AMP IM AGORA 3) MEDIR PA E GLICEMIA 4) REAVALIAÇÃO DA CG	<i>&gt; 10:30 Gluc. 96 mg/dl</i>
	<i>10:35 47-35/20-45</i>

## Motivo da Alta/Encerramento:

Observação	DATA: / / .	HORA: : Dr. Pedro Oliveira
------------	-------------	----------------------------

X : 217000 Me-Entista  
Assinatura Paciente ou Responsável

CRM - PI - 6091

PEDRO OLIVEIRA DOS SANTOS JUNIOR  
CRM PI 6091 Em: 01/09/2019 10:17:17



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



Confere com o(a) original  
foi apresentado(a) e dou fé  
Em, 14/11/19.

Setor do Arquivo Técnico do HPM

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

NOME DO PACIENTE: Thonathas Kawauji pere plus

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 509976

Obs: Não fornecemos 2ª via.

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

<b>FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA COMPROVANTE</b>	
<b>Número do Laudo:</b> <b>238336</b>	<b>Orgão Emissor:</b>
M221100001	
<b>Paciente:</b> JHONATAS KAWAN FREIRE ALVES	
<b>Nascimento:</b> 02/04/2003	
<b>Procedimento:</b> 0408020407 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO	
<b>CID:</b> S528 - FRATURA DE OUTRAS PARTES DO ANTEBRACO	
<b>Data da Solicitação:</b> 01/09/2019	<b>Data da</b>
<b>Autorização:</b> 01/09/2019 18:22:50	
<b>AIH.:</b> 2219101868490	
<b>Estabelecimento Executante:</b> HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM	
<hr/> <i>Autorizador</i> <hr/>	
<b>Operador:</b>	
<b>Atendimento (Data, Hora):</b> 05/09/2019 11:29:26	

*Wolnei*  
Wolnei Francisco Res. 1º TEN PM  
RJPM 10.188193-2/ Mar. 14495-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

#### ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR

CNES

#### ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

2679663

CNES

2323451

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

#### CARTÃO SUS NOME DO PACIENTE

JHONATAS KAWAN FREIRE ALVES

NASCIMENTO

PRONTUÁRIO

SEXO

#### DOCUMENTO TELEFONE NOME DA MÃE

ILDA MARIA FREIRE ALVES

02/04/2003

509976

M

#### RESPONSÁVEL

ILDA MARIA FREIRE ALVES

#### CEP ENDEREÇO (LOGRADOURO)

QUADRA 65 LOTE 10 CASA B

NUMERO / LOTE

10

#### BAIRRO

#### COMPLEMENTO

#### MUNICÍPIO

UF

PROMORAR

TERESINA

PJ

### PROCEDIMENTO PRINCIPAL

#### Descrição do procedimento principal

REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRACO

Cód. procedimento principal

0408020202

### MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

#### Descrição do procedimento solicitado - ANTERIOR

CÓDIGO

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO

0408020407

#### Descrição do procedimento solicitado - MUDANÇA

CÓDIGO

REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRACO

0408020202

#### DIAGNÓSTICO INICIAL

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

S525

### SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

#### PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

### JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE COM FRATURA DE TRATAMENTO CONSERVADOR VIÁVEL.

### PROFISSIONAL SOLICITANTE

#### Nome do profissional solicitante

FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA COUTINHO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

#### CNS SOLICITANTE

98001600403537

#### Data solicitação

25/09/2019

### AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

#### Nome do profissional autorizador

LUIZ EDSON DOS SANTOS COSTA

#### CNS AUTORIZADOR ORGÃO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO

980016000055043

25/09/2019 10:13:42

Luis Henrique Souza Reis Reg. 1º TEN PM  
R. 1º PM 1º 198193-2/ Mat. 14495-9  
Setor do Arquivo Técnico

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE H.P.M.	2. CNES 2323451
3. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE H.P.M.	4. CNES 2323451

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5. NOME DO PACIENTE Joaquim dos Reis Ferreira Alves		6. Nº PRONTUÁRIO 509976		7. CARTÃO NACIONAL SUS	8. DATA NASC 02/04/2003	9. SEXO: M/F M	DOCUMENTOS. RG Nº	CPF
10.1 NOME DA MÃE ILDA MARIA FREIRE ALVES		10.2 NOME DO RESPONSÁVEL						
12.1 ENDEREÇO ENDEREÇO LOCAL		12.2 BAIRRO BAIRRO LOCAL		12.3 COMPLEMENTO COMPLEMENTO LOCAL				
11. TELEFONE DE CONTATO	13. MUNICÍPIO	14. IBGE		15. UF	16. CEP			

## MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18. PROCEDIMENTO PRINCIPAL ANTERIOR / DESCRIÇÃO Trito craniano de fratura de ossos no antebraço	19. COD PROCED PRINCIPAL ANTERIOR / DESCRIÇÃO 0408020407		
20. MUDANÇA DE PROCEDIMENTO / DESCRIÇÃO Red. fract. radio	21. CÓDIGO MUDANÇA DE PROCEDIMENTO 0408020202		
26. DIAGNÓSTICO FRATURA DE RÔTULO	27. CID 10 PRINCIPAL S52.5	28. CID 10 SECUNDÁRIO	28. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
22. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	24. CNS/CPF Ricardo Maciel B. de S. Coutinho Ortopedista e Traumatologista CRM-PI 3102		
23. DT SOLICITAÇÃO 04/09/2019	25. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO)		

## PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

30. PROCEDIMENTO PRINCIPAL / DESCRIÇÃO	31. CÓD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
32. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL ESCRITÓRIO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	33. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
36. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	35. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
38. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	37. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
39. DT SOLICITAÇÃO	40. CNS/CPF
41. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO)	
+ Teste mulo	42. JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO curioso

## AUTORIZAÇÃO

46. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <i>Aarão Cruz Mendes</i> Ass. de Auditoria PRCJA/PMS CRM-P 1993 CPF: 131.785.173-04 CRG 203833996150016	47. DT. AUT 07/10/19	48. CNS/CPF	JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO José Henrique Gonçalves Reis 1º TEN PM RCPM 10.11931-03-2 Mat. 14495-9 Ref.: à Setor do Arquivo Técnico
49. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO)	50. NOME DO PROFISSIONAL /PARECER CONTROLE DE AVALIAÇÃO / AUDITORIA		
	51. DT. AUT	52. CNS/CPF	53. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. DO CONSELHO)
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:			





**Polícia Militar do Piauí**  
**HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**



**FOLHA DE INTERNAÇÃO**

INTERNOU-SE NO HOSPITAL	FICHA DE PRONTUÁRIO		
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	01/09/2019		
IDEML OUTROS HOSPITAIS	Nome: JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES Pront.: 509976		
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Nasc.: 02/04/2003 Sexo: M	Convênio: SUS - INTERNACAO	
CLÍNICA	Atendimento: 1063374	Enfermaria: POSTO II	ENF 214 LEITO Leito: 214
Médico Assistente	Pai: SILVANO ALVES BATISTA		
Permanência	Mãe: ILDA MARIA FREIRE ALVES		
CLÍNICA	RG: 4718992		
	Residência:		
	RAIMUNDO PORTELA DE 63 A 66 QD 65 LT B CASA FABR MORA Nr.: 0 Cidade: TERESINA Cep: 64027150 Telefone: 86 - 995831744		

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

Fracasso no optebrao direito  
Rx.: Frat rodio

**DIAGNÓSTICO**

Provissório: Frat rodio	CID S528	
Principal:	CID	
Procedimento: Fracasso sac. frat rodio		
Sintomas e Sinais Principais	Causa Médica	Histo - Patológico:

**TRATAMENTO**

Tipo:	Terapêutica Médica	Operação	Eficácia
<input type="checkbox"/> Nenhuma <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Médico Cirúrgico	red. incrust + gen	Flávio Maciel B. de S. Coutinho Ortopedista e Traumatologista CRM-PI 3102	<input type="checkbox"/> Nenhuma <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Médico Cirúrgico

**DURAÇÃO**

Data/Hora de Internação 01/09/2019 16:27:45	Data da Alta: 05/09/2019	Data da Hospitalização / /
------------------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

**ALTA**

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

THE \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

RCGP 1051981103-2/ Mat. 14495-0  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86)3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520  
CEP 64014-000 - Teresina - PI CNDI - 07 444 150/0002 25 CMC 025 275 6



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 04 / 09 / 19  
Nº DO PRONTUÁRIO 509976 SALA 08  
CÓD DA CIRURGIA: 0408020245

Descrição da Cirurgia:

Mastectomia grol, exérates, reduçao  
e confecção fio axiopoleus

Javio Maciel B. de S. Coutinho  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-PI 3102

Cirurgia:

Red inverval post radio

Cirurgião:

Javio Maciel B. de S. Coutinho  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-PI 3102

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador: Nascimento R. C.  
Instrumentador: J. M. em Enfermagem

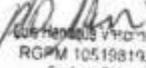
Circulante: Antonia Elenete D.

pb/ma  
Luis Henrique Viana Melo Reis 1º TEN PM  
RGPM 105198193-2/ Mai 14495-9  
Cadastral Setor do Arquivo Técnico

Comprovante da alta

<https://fmsteresina.gestorsolucoes.com.br>

<b>FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA COMPROVANTE</b>	
<b>Número do Laudo:</b> <b>238336</b>	<b>Orgão Emissor:</b>
M221100001	
<b>Paciente:</b> JHONATAS KAWAN FREIRE ALVES	
<b>Nascimento:</b> 02/04/2003	
<b>Procedimento:</b> 0408020407 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO	
<b>CID:</b> S528 - FRATURA DE OUTRAS PARTES DO ANTEBRACO	
<b>Data da Solicitação:</b> 01/09/2019	<b>Data da</b>
<b>Autorização:</b> 01/09/2019 18:22:50	
<b>AIH.:</b> 2219101868490	
<b>Estabelecimento Executante:</b> HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM	
<hr/> <b>Operador:</b>	
<b>Atendimento (Data, Hora):</b> 05/09/2019 11:29:26	
<i>Autorizador</i>	

  
Cid Henrique Vipon Reis 1º TEN PM  
RGPM 105198193-2/ Mat: 14495-0  
Criação do Sellar do Arquivo Técnico

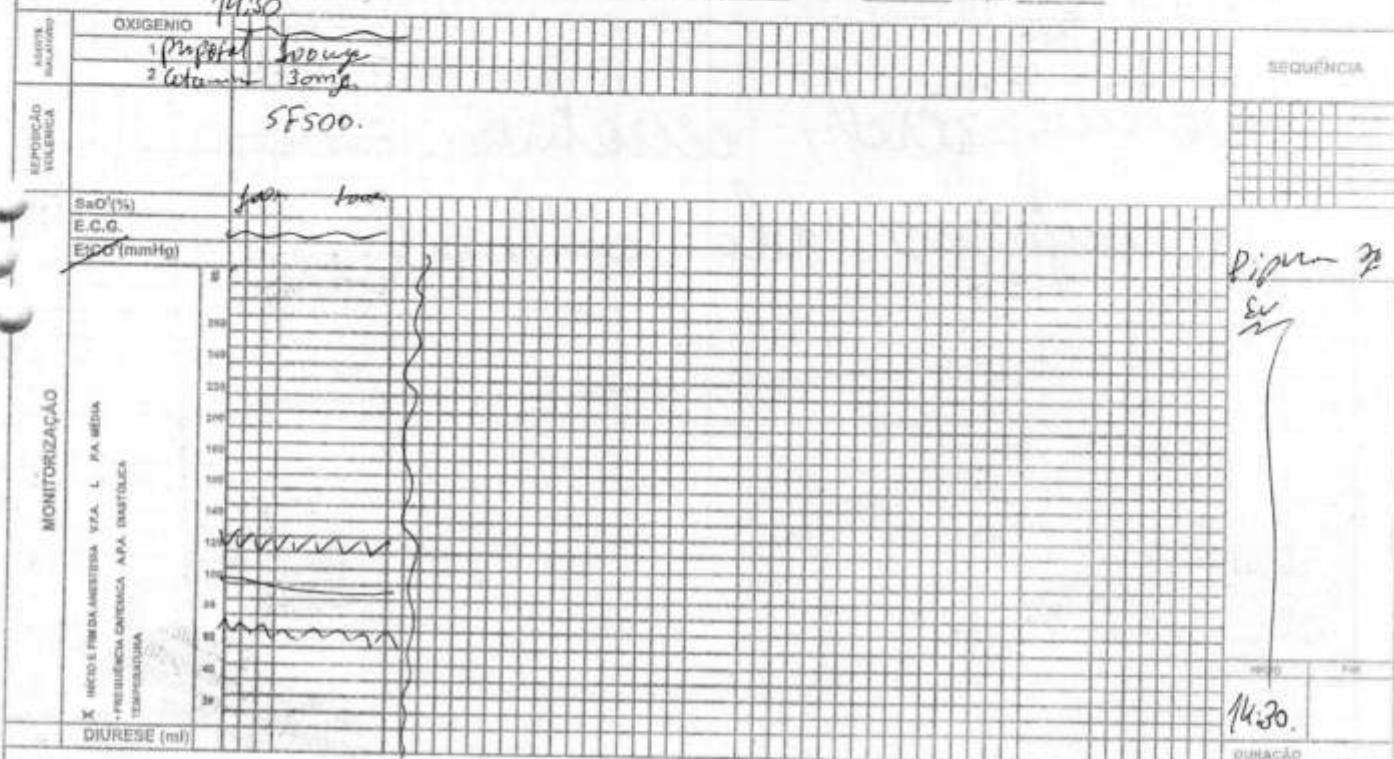
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

BOLETIM DE ANESTESIA

DN. 02104103

DATA: 04/09/19  
Nº DO PRONTUÁRIO 5009476 SALA 08  
CÓD DA CIRURGIA: 010302013

NOME: Jhymathras Kawan Frure Alves Idade: \_\_\_\_\_  
PROCEDIMENTO: *bucaliquen encaustico de Pomba* (P) Sexo: \_\_\_\_\_  
CIRURGÃO: Flavio Aux: \_\_\_\_\_ Anest: \_\_\_\_\_ Anestesia: \_\_\_\_\_  
INSTR.: *Bel 22* CIR: *Entane* Início: \_\_\_\_\_ Fim: \_\_\_\_\_ SALA: 08  
P.A. \_\_\_\_\_ F.C. \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ Ht: \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_ Creatina: \_\_\_\_\_ Respir: \_\_\_\_\_  
14:30



Técnica Anestésica: Sedação - 1 + 2.

Comentários Adicionais:

A nps sem queixa

Monitorização	ECG	Oxímetro
	PAM	Cagnôgrafo
Oxigênio	55	3.
N <sub>2</sub> O	1	
Ar Misto	1	

Medicamentos Usados

Adrenalina _____ Amp	Dolatina _____ Amp	Midazolam _____ Fr	Propofol _____ ml _____ Amp
Água dest. 10ml _____ Amp	Droperidol _____ Amp	Metronidazol _____ Fr	Ranitidina _____ Amp
Atropina _____ Amp	Efotril _____ Amp	Neocaina Psa 0,5% _____ Amp	Quelicin _____ ml
Bextra _____ Amp	Efrédin _____ Amp	Narcian _____ Amp	Quetamina _____ ml
Bromoprida _____ Amp	Enflurano _____ ml	Novabupi 0,5% _____ Fr	Remifentanil _____ Fr
Cefazolina 1g _____ Fr	Fentanil _____ ml	Nuhain _____ Amp	Ringer-Lactato _____ Fr
Cefatolina _____ Fr	Fentanil (S/C) _____ Amp	Neocaina % V _____ Fr	S. Fisiológico 0,9% _____ ml _____ Fr
Ciprofloxacina _____ Fr	Holotano _____ ml	Neocaina 0,5% Isobar _____ Amp	S. Glicosado 5% _____ ml _____ Fr
Clonidin _____ Amp	Hidrocortisona _____ ml	Neostigmina _____ Amp	Scalp n° _____ Umt
Colóide ( ) _____ Fr	Isoflurano _____ ml	Omeprazol _____ Fr	Tracur _____ Amp
Dexametazona _____ Amp	Jelco n° _____ Und	Ondasetrana _____ Amp	Titafil _____ Fr
Diazepam _____ Amp	Lidocaina % V _____ Fr	Pellax Cel _____ Fr	Tiopenatal _____ Fr
Dilorf _____ mg _____ Amp	Metaclopramida _____ Amp	Pencurônio _____ Arap.	
Digoxina _____ Amp	Manitol _____ Fr	Profenid _____ Fr	

Anestesista-CRM:

*[Assinatura]*



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

**Nº ORDEM.....: 164922**

**NO ME.....: JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES**

**MÉDICO SOLIC: FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA  
COUTINHO**

**DATA LAUDO...: 08/09/2019**

**CONVÊNIO: INTERNO**

**DATA REALIZ: 05/09/2019**

**IDADE: 16 anos**

**CRM: 3102-PI**

**CÓDIGO: 49083**

**RX ANTEBRAÇO DIREITO**

O estudo radiológico do antebraço, realizado incidência ântero-posterior, demonstra:

- Fratura transversa no terço distal do rádio minimamente desalinhada.
- Aumento de volume e da densidade de partes moles.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**

**Fratura no antebraço.**

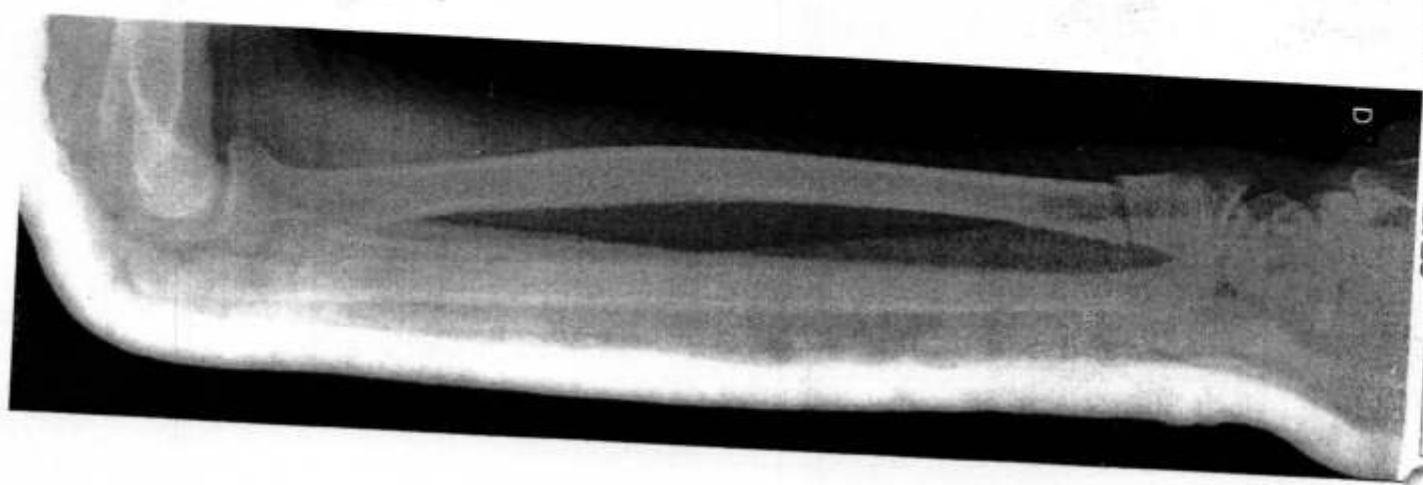
**Aumento de volume e densidade de partes moles.**

*Ivan Fontenele Gomes*  
**IVAN FONTENELE GOMES**  
**CRM 2426-PI**  
**CRM**

*Abp*  
Los Henrios Vitor Teles Reis 1º TEN PM  
RGPM 105198193-2 / Mat. 14485-9  
Tele: (085) 3200-0000  
Setor do Arquivo Técnico

ID: 164922  
Patient: JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES  
Idade: 016Y  
Sexo: M

HPM



*[Handwritten signature]*  
José Henrique Marinho Reis nº TEN PM  
RGPM: 105.198193-2 Mat: 14495-9  
Artefato do Setor do Arquivo Técnico

Hora: 08:37  
Exame: 05/09/2019



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ**  
**HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**  
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 164318

PACIENTE: JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES  
NOME DA MÃE: ILDA MARIA FREIRE ALVES  
DATA DO NASCIMENTO: 02/04/2003  
MÉDICO SOLICITANTE: CRM  
DATA DA REALIZAÇÃO: 02/09/2019  
DATA DO LAUDO: 10/09/2019  
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

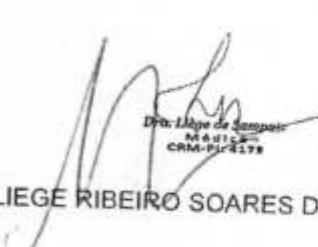
**RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS**

Achados:

Fratura completa, oblíqua, desalinhada, localizada na região metafisária distal do rádio.  
Avulsão do processo estiloide ulnar.  
Aumento do volume e da densidade das partes moles do punho.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

Fratura completa, oblíqua, desalinhada, localizada na região metafisária distal do rádio.  
Avulsão do processo estiloide ulnar.  
Aumento do volume e da densidade das partes moles do punho.

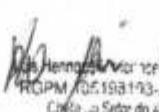


Dr. Liege de Sampaio  
CRM-PB 4173

LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO  
CRM: 4173

Av. Higino Cunha, 1642 – Inhotim – Teresina/PI  
CEP 64014-220 – CNPJ 07.444.169/0002-25

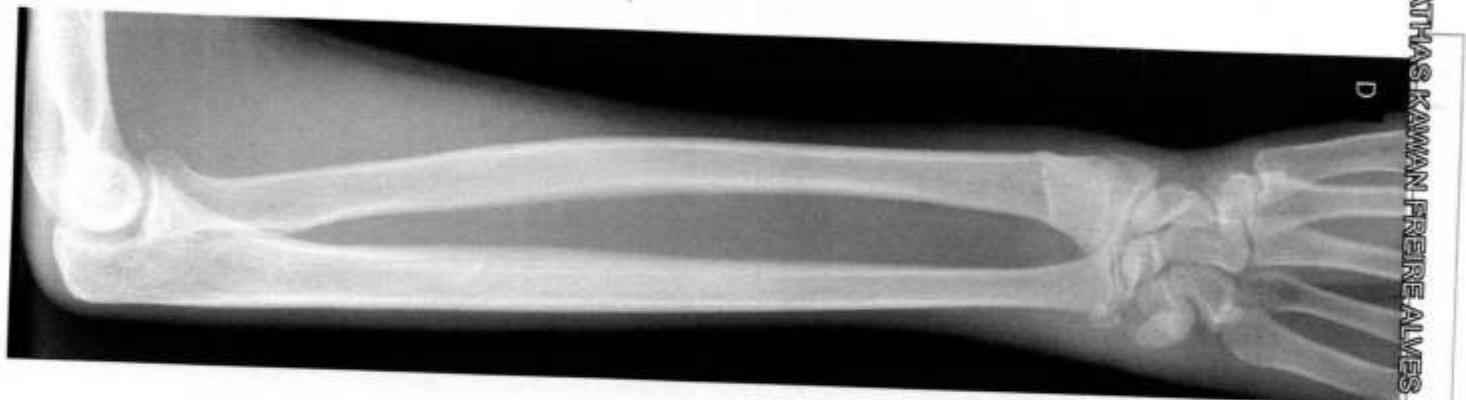
Telefone: (86) 3227-6265  
Fax (86) 3216-1520



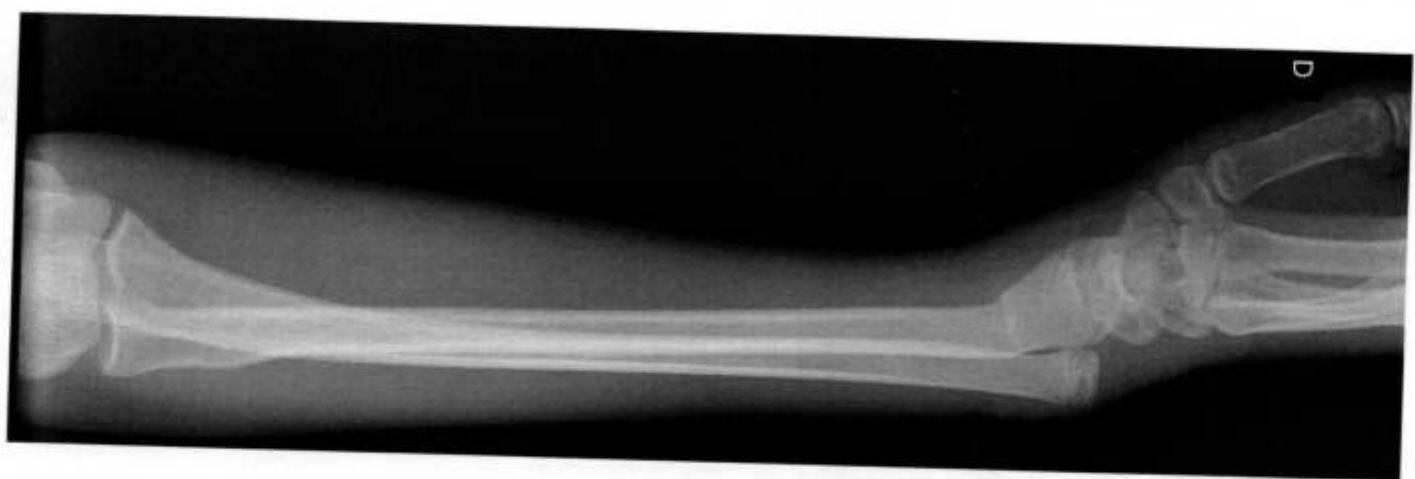
Henrique Vitor dos Reis 1º TEN PM  
RGPM 005.198.193-2/ Mat. 14495-9  
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

ID: 164318  
Paciente: JHONATHAS KAWAN FREREA ALVES  
Idade: 016Y  
Sexo: M

Hora: 08:24  
Exame: 02/09/2019



HPM



*Ho. Hui*  
Dr. Henrique F. Ho. Hui Reis 1º TEN PM  
RGPM 305.198193-2 / Mat. 14495-9  
Cleia do Setor do Arquivo Técnico



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE  
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 164974  
PACIENTE: JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES  
NOME DA MÃE: ILDA MARIA FREIRE ALVES  
DATA DO NASCIMENTO: 02/04/2003  
MÉDICO SOLICITANTE: CRM  
DATA DA REALIZAÇÃO: 05/09/2019  
DATA DO LAUDO: 10/09/2019  
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Traços de fratura diafisária no terço distal do rádio, sem desalinhamento ósseo importante.  
Discreto traço radiolucente acometendo o processo estiloide da ulna, podendo corresponder a traço de fratura.  
Espessamento e densificação de partes moles adjacentes, sugerindo edema.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Traços de fratura diafisária no terço distal do rádio, sem desalinhamento ósseo importante.  
Discreto traço radiolucente acometendo o processo estiloide da ulna, podendo corresponder a traço de fratura.  
Espessamento e densificação de partes moles adjacentes, sugerindo edema.

  
Dr. Manoel Messias P. de Sousa  
MÉDICO RADIOLOGISTA - CBR  
CRM-PI 2869 - RQE 3048

MANOEL MESSIAS PEREIRA DE SOUSA  
CRM: 2869

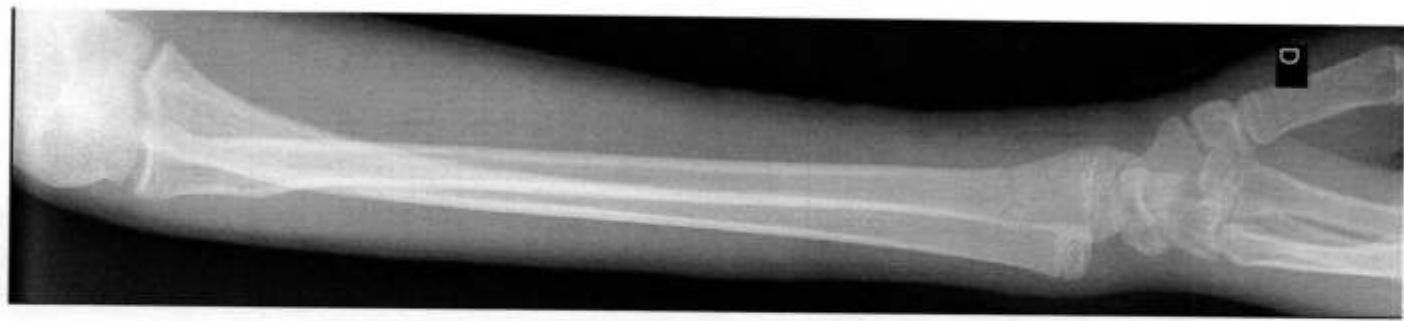
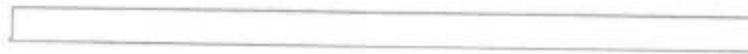
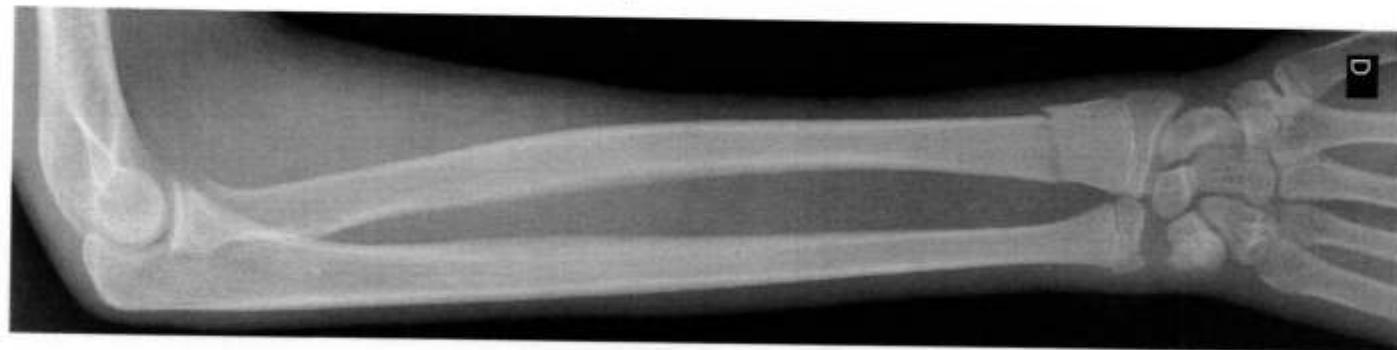
Av. Ilípino Cunha, 1642 - Ibiapaba - Teresina/PI  
CEP 64013-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

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

  
Dr. Henrique Viana de Reis 1º TEN PM  
07.168.193-2/ Mat. 14495-9  
Setor do Arquivo Técnico

ID: 164974  
Paciente: JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES  
Idade: 016Y  
Sexo: M

HPM



*Ma. Hennig 4-10-1000 Reg. 1º TEN PM  
RCPM 105100193-2/Mal. 14495-9  
Réde 10 Setor do Arquivo Técnico*

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431164/19

Número do Sinistro: 3190674913

Vítima: JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES

CPF: 092.466.433-99

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/09/2019

Titular do CPF: JHONATHAS KAWAN  
FREIRE ALVES

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES : 092.466.433-99**

Autorização de pagamento

## 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: 26/12/2019  
Nome: JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES  
CPF: 092.466.433-99

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019  
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO  
CPF: 021.355.263-98

---

JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES

---

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190674913      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES      **Data do acidente:** 01/09/2019      **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

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

**Data da análise:** 03/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO. P 11

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - REDUÇÃO + TALA. ALTA.  
P 1/8/10/13

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS 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:**

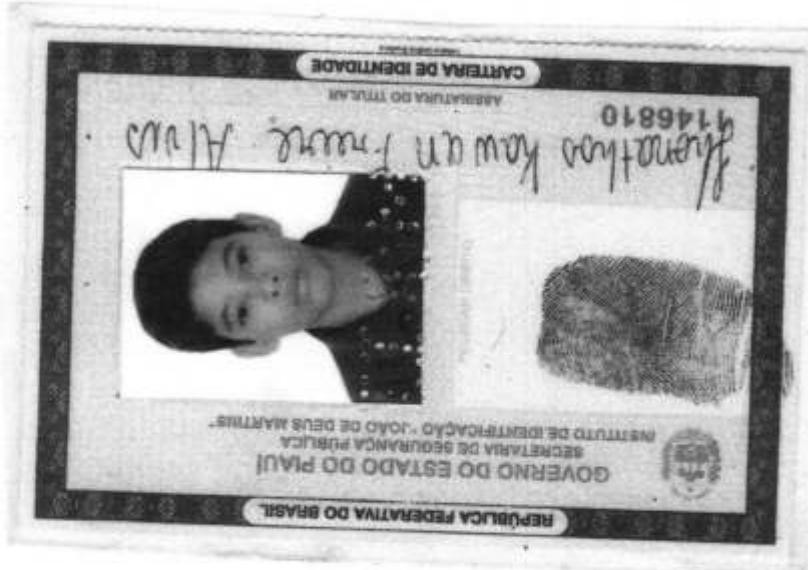
**Observações:**

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
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.718.992	DATA DE EXPEDIÇÃO	03/01/18
NAME	JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES		
FILIAÇÃO	ILDA MARIA FREIRE ALVES SILVANO ALVES BATISTA		
NATURALIDADE	TERESINA-PI		
DOC. ORIGEM	CERT.NASC. 5 L 1A F 5 EXP TERESINA-PI 07/04/08		
CPF	092.466.433-99 Francisco das Chagas Pinheiro Martins 1146810		
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83			



**COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ**  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840-748/0001-09 | Insc. Estadual: 10.301.383-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizado

Para contato  
adicionar, informe  
novo NOME/POSIÇÃO

**SEU CÓDIGO**

Nº da Nota Fiscal 29023784

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

CONTA MÊS		VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)		TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019		30/10/2019	308		406,32
SILVANO ALVES BATISTA PI PI 130 4320 2320 - NAZARIA CPF: 00045391521300 CEP: 64.415-000 - NAZARIA					
DADOS DA LEITURA		kWh	ROT: 116.081.16.10.468000		
Atual:	3408		DATAS DA LEITURA		
Anterior:	3100		Atual:	23/10/2019	
Constante de Multiplicação:	1.000		Anterior:	23/09/2019	
Consumo Média:	308		Próxima Leitura:	22/11/2019	
Consumo Faturado:	308		Emissão:	22/10/2019	
Forma de Faturamento:	NORMAL		FCAN*	Apresentação:	
			Código de Irregularidade:	23/10/2019	
				Dia de Consumo: 30	
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código Pat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A2015882		1.1.1.1	264
HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA				
Mês/ano consumo	CONSUMO	308 A R\$ 0,946175 =	291,42		
ET/19	314	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	21,55		
GO/19	259	PARCELAMENTO DE DEBITO 10/24	93,35		
UL/19	233	ADICIONAL BANDEIRA ANARELA -	3,52		
JUN/19	318	ADICIONAL BANDEIRA VERNEUILHA -	2,86		
AI/19	287				
BR/19	266				
IR/19	295				
TV/19	264				
IN/19	272				
Z/18	288				
IPI SEN TRIBUTOS:					
A 308 - 0,035143					

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 22/10/2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

**RESERVADO AO EMEB**

RESERVADO AO FISCO		3C0E.2BFA.24F7.FD51.F450.1B01.A934.2931		COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	57,30						
Energia:	118,75			Base de Cálculo:	291,42		212,73
Transmissão:	18,73			Alíquota ICMS:	27,00%		
Encargos:	9,17			Valor do ICMS:			78,68
Tributos:	-			Valor do PIS:	1,40%		2,99
	95,47			Valor do COFINS:	6,49%		13,80
<b>INDICADORES DE CONTINUIDADE</b>							
	<b>DIR</b>		<b>FIC</b>		<b>DMIC</b>		<b>DIRS</b>
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Custo	7,66	15,33	30,65	3,61	7,23	14,45	4,31
Reembolso	0,00			0,00			0,00
Comissão	<b>NAZARIA</b>		Período da Operação:		08/2019	Emiss.	91,71



ENERGIA

PARA CONTATO  
contato, informe  
seu NÚMERO! >SEU CÓDIGO  
1163406-5

**COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ**  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-09 | INSC. Estadual: 10.301.382-3  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1 -  
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

CONTA MÊS

OUTUBRO/2019

VENCIMENTO

30/10/2019

SILVANO ALVES BATISTA  
PI PI 130 4320 2320 - NAZARIA  
CPF: 00045391521300  
CEP: 64.415-000 - NAZARIA

DADOS DA LEITURA

kWh

ROT: 116.051.16.10.468000

Atual: 3408  
Anterior: 3100  
Constante de Multiplicação: 1,000  
Consumo Médio: 308  
Consumo Faturado: 308

DATA DA LEITURA

Atual: 23/10/2019

Anterior: 23/09/2019

Próxima Leitura: 22/11/2019

Emissão: 22/10/2019

Apresentação: 23/10/2019

Forma de Faturamento: NORMAL

FCAM\*

Dias de Consumo: 30

Código de Irregularidade:

Classe/Subclasse

Ligação

Média 12 meses

RESIDENCIAL

Número Medidor

Código Pet.

HISTÓRICO kWh

Ponto

1.1.1.1

Mês/ano consumo

264

SET/19 314

DESCRIPÇÃO DA CONTA

CONSUMO

AGO/19 259

308 A R\$ 0,946175 =

291,42

JUL/19 233

CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)

21,55

JUN/19 318

PARCELAMENTO DE DEBITO 10/24

93,35

MAI/19 287

ADICIONAL BANDEIRA ANARELA -

3,52

ABR/19 266

ADICIONAL BANDEIRA VERNELHA -

2,86

MAR/19 295

FEV/19 264

JAN/19 272

DEZ/18 280

TARIFA SEM TRIBUTOS:

0 A 308 - 0,636143

**NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM**

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 22/10/2019, não constatamos futuras vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

Reservado ao Fisco 3C0E.2BFA.24F7.E051.E450.1B01.A934.2931

**COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$****IMPORTE/TRIBUTOS - R\$**

Distribuição:	57,30	Base de Cálculo:	291,42
Energia:	110,75	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	18,73	Valor do ICMS:	
Encargos:	9,17	Valor do PIS:	78,68
Tributos:	95,47	Valor do COFINS:	2,99

6,49% 13,80

**INDICADORES DE CONTINUIDADE**

	INC	FIC	DMIC	DCIR
Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Linha	7,66	15,33	30,65	3,61
Residência	0,00	0,00	0,00	7,23
Comprador	NAZARIA			14,45
				4,31
				Periodo da impressão: 08/2019
				R\$ 91,71



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011114/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 19/11/2019 15:34 Data/Hora Fim: 19/11/2019 15:52  
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 01/09/2019 09:30

Local do Fato

Município: Teresina (PI)  
Logradouro: av. henri wall de carvalho

Bairro: Angelim

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB )	Veículo

ENVOLVIDO(S)

**Nome Civil: JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES (VITIMA )**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PI - Teresina Sexo: Masculino Nasc: 02/04/2003

Profissão: Estudante

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Ilda Maria Freire Alves

Endereço

Município: Teresina - PI  
Logradouro: quadra 65, lote 10, casa b  
Bairro: promorar

**Nome Civil: SILVANO ALVES BATISTA (COMUNICANTE )**

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PI - Palmeirais Sexo: Masculino Nasc: 04/11/1971

Profissão: Comerciante

Nome da Mãe: Maria de Jesus da Silva Batista

Endereço

Município: Teresina - PI  
Logradouro: quadra 65, lote 10, casa b  
Bairro: promorar

**Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR )**

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Teresina - PI



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011114/2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Véculo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Véículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Meio Empregado

Nome Envolvido

Envolvimentos

Desconhecido 1

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

relata o noticiante que a vítima estava atravessando a avenida citada , quando foi atropelado por uma moto não identificada, onde o mesmo foi lesionado, socorrido por carlos augusto de sousa, encaminhado para a upa do promorar, posteriormente para o hospital da polícia militar. informações prestada pelo noticiante.

ASSINATURAS

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos  
escrivão  
Matrícula 0097616

Responsável pelo Atendimento

*Silvano Alves Batista*

Silvano Alves Batista  
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

092.466.433-99

4 - Nome completo da vítima:

Thierry Kawam Freire Alves

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

5 - Nome completo:

Thierry Kawam Freire Alves

6 - CPF:

092.466.433-99

7 - Profissão:

Recurso - me

8 - Endereço:

PI 330

9 - Número:

4320

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Nazária

12 - Cidade:

Teresina/NAZARIA

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64.450-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

86 98823-4536

## 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:

Silvano Alves Batista

18 - CPF do Representante Legal:

453.915.213-00

19 - Profissão do Representante Legal:

DADOS CADASTRAIS

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1623

7

CONTA: 34535

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (val/nacer)?  Sim Não31 - Vítima teve irmãos?  Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

 Sim Não33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não substituído

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

6 Ananindeua, 03/12/2019

× Silvano Alves Batista

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)