

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: 000000109477-6

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 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: **Jhonathas Kauan Freire Alves** 6 - CPF: **092.466.433-99**
7 - Profissão: **Recuso-me** 8 - Endereço: **PI 130** 9 - Número: **4320** 10 - Complemento: **Casa**
11 - Bairro: **Nazária** 12 - Cidade: **Nazária** 13 - Estado: **PI** 14 - CEP: **64.415-000**
15 - E-mail: **186198821-4516**

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:

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

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

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

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

AGÊNCIA: **1607** CONTA: **045017** 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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: ☐ 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 (vivo nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Teresina, 26/12/2019

Silvano Alves Batista

Jhonathas Kauan Freire Alves

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



603689 0010 57019 3086
SILVANO ALVES BATISTA
04/21
1607 913 00045017-5

MasterCard
débito

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 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: Jhonathas Kauan Freire Alves 6 - CPF: 092.466.433-99
7 - Profissão: Recusado-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: 16 - Tel.(DDD): (86)

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:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 1607 CONTA: 045017 5
(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 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: ☐ 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 (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

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 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: Jhonathas Kauan Freire Alves 6 - CPF: 092.466.433-99
7 - Profissão: Recuso - me 8 - Endereço: PI 130 9 - Número: 4320 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Nazária 12 - Cidade: Teresina/MAZARIA 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.415 - 000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 86 98823-4516

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:

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 ☐ 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: 34511 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 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: ☐ 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 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 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

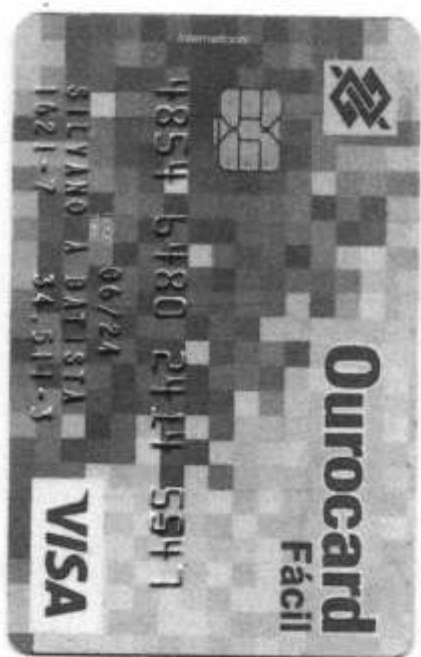
40 - Local e Data, 6 de maio, 03/12/2019

x 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 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: Jhonathas Kauan Freire Alves 6 - CPF: 092.466.433-99
7 - Profissão: Recuso - me 8 - Endereço: PI 130 9 - Número: 4320 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Nazária 12 - Cidade: Teresina/MAZARIA 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.415 - 000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 86 98823-4516

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:

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 ☐ 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: 34511 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 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: ☐ 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 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 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 6 de maio, 03/12/2019

x 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: 3190674913 3 - CPF da vítima: 092.466.433-99 4 - Nome completo da vítima: Jonathan Kawan Friese Mees

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

5 - Nome completo: Jonathan Kawan Friese Mees 6 - CPF: 092.466.433-99
7 - Profissão: Recusado - me 8 - Endereço: PI 130 9 - Número: 4320 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Nazária 12 - Cidade: Nazária 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.415-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 86198821-4516

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 Mees 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 ☐ 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: 1606 CONTA: 109477 6
(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 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: ☐ 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 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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Guaxina, 14/03/2020

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

Jonathan Kawan Friese Mees
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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



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, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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:

Autorização de pagamento	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



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



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:

Autorização de pagamento	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 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

SILVANO ALVES BATISTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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 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

JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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: POS JR
Estação: CONSULTORIO1

Nome: JHONATHAS KAMAN FREIRE ALVES		Prontuário: 171132
Mãe: 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	Sexo: Masculino
Responsável: O MESMO	CNS: 700006010084606	Fone: -
Profissão:	Documento: Reg.Nasc:	
G. Instrução: Superior Completo	E.Civil: Solteiro(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

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 HEMA OM, HAS HEMA ALERGIAS		ODETE MARIA CORINTACIO SANTOS 574330 COREN-PI Em: 01/09/2019 10:05:30

SSVV: (Hora: ____ : ____)

Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg
----------------------	-----------------------	------------------------	-------------------	----------------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

B : EUPNÉICO, TÓRAX EXPANSÍVEL, SEM RETRAÇÕES OU ABAULAMENTOS, AP : MV EM AHT SEM RA, AC : RCR, 2T,SS, BMF.
C : ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, FULSO 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

Motivo da Alta/Encerramento:**Observação****DATA:****HORA:**

Dr. Pedro Oliveira

Assinatura Paciente ou Responsável

CPM-71-6091

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 fe
Em, 14/11/19.

Setor do Arquivo Técnico do HPM

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

NOME DO PACIENTE: Thonathas Kawane Freire Alves

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 509976

Obs: Não fornecemos 2ª via.

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

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMPi
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI
CEP 64.014-220
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

Saúde
Secretaria de Estado

Comprovante da alta

<https://fmsteresina.gestorsoluca>

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

Los Angeles, California, 11 de Maio de 1968
 RCPM 105.198.103-27 Mai 14495-B
 Caixa do Setor do Arquivo Técnico

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Nº LAUDO: 238336
	AIH: 2219101868490

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR	2679663
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM	2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
	JHONATAS KAWAN FREIRE ALVES	02/04/2003	509976	M
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
		ILDA MARIA FREIRE ALVES	ILDA MARIA FREIRE ALVES	
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)		NUMERO / LOTE	
	QUADRA 65 LOTE 10 CASA B		10	
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
PROMORAR		TERESINA	PI	

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL
REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRACO	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		
REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRACO	0408020202		
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	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	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA COUTINHO	
CNS SOLICITANTE	DATA SOLICITAÇÃO
980016004035357	25/09/2019

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
LUIZ EDSON DOS SANTOS COSTA		
CNS AUTORIZADOR	ORGÃO EMISSOR	DATA AUTORIZAÇÃO
980016000055043		25/09/2019 10:13:42

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

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

Luiz Edson dos Santos Costa
Diretor Técnico do HPMP
CRM-PI 2608

Luiz Henrique dos Santos Reis 1º TEN PIA
R: 14495-0
Setor do Arquivo Técnico

25/09/2019 1

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				J. Noroethas Kowon Freire Alves			
6. Nº PROMTUÁRIO	7. CARTÃO NACIONAL SUS	8. DATA NASC	9. SEXO: M/F	DOCUMENTOS: RG <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>			
509976		02/04/2002	M 1	3 Nº			
10.1 NOME DA MÃE				10.2 NOME DO RESPONSÁVEL			
ZILDA MARIA FREIRE ALVES							
12.1 ENDEREÇO		12.2 BAIRRO		12.3 COMPLEMENTO			
ENDEREÇO LOCAL		BAIRRO LOCAL		COMPLEMENTO LOCAL			
11. TELEFONE DE CONTATO		13. MUNICÍPIO		14. IBGE		15. UF	
						16. CEP	

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18. PROCEDIMENTO PRINCIPAL ANTERIOR / DESCRIÇÃO		19. COD PROCED PRINCIPAL ANTERIOR / DESCRIÇÃO	
TITO CLAVICULA DE FRATURA DE OSSOS DO ANTERIORES		0408020407	
20. MUDANÇA DE PROCEDIMENTO / DESCRIÇÃO		21. CÓDIGO MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	
Red. fr. rad. radio		0408020202	
26. DIAGNÓSTICO	27. CID 10 PRINCIPAL	28. CID 10 SECUNDÁRIO	28. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
FRACTURA DE RADIO	S52.5		
22. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		24. CNS/CPF	
23. DT SOLICITAÇÃO 04.09.2019		25. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO)	
		<p>riavio maciel b. de S. Coutinho</p> <p>Ortopedista e Traumatologista</p> <p>CRM-PI 3102</p>	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

30. PROCEDIMENTO PRINCIPAL / DESCRIÇÃO		31. Cód DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
32. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
34. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		35. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
36. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		37. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
38. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40. CNS/CPF	
39. DT SOLICITAÇÃO		41. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO)	

42. JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

+ Teste mulo curado total.

AUTORIZAÇÃO

46. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO	
47. DT. AUT		49. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO)	
48. CNS/CPF		50. NOME DO PROFISSIONAL /PARECER CONTROLE DE AVALIAÇÃO / AUDITORIA	
<p>02/10/19</p> <p>Aoão Cruz Mendes</p> <p>Ass. de Auditoria DICA/IFMS</p> <p>CRM-PI 1803 CPF: 131.185.413-04</p> <p>CNS 2038339615008</p>		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

SIM ☐ NÃO ☐

IDEM OUTROS HOSPITAIS

SIM ☐ NÃO ☐

CLÍNICA

Médico Assistente

Permanência

CLÍNICA

FICHA DE PRONTUÁRIO

01/09/2019

Nome: JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES

Pront.: 509976

Nasc.: 02/04/2003 Sexo: M

Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 1063374

Enfermaria: POSTO II

ENF 214 LEITO

Leito: 214

Pai: SILVANO ALVES BATISTA

Mãe: ILDA MARIA FREIRE ALVES

RG: 4718992

Residência:

RAIMUNDO PORTELA DE 63 A 66 QD 65 L BOMASAPOMORAR
Nr.: 0
Cep: 64027150
Cidade: TERESINA
Telefone: 86 - 995831744

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

Tranquele no antebraço da
Rx: fratura rotula

DIAGNÓSTICO

Provisório:

frat rotula

CID S528

Principal:

CID

Procedimento:

Redução suc. fr. rotula

Sintomas e Sinais Principais

Causa Médica

Histo - Patológico:

TRATAMENTO

Tipo:

- ☐ Nenhuma
☒ Médico
☐ Cirurgia
☐ Médico Cirurgico

Terapeutica Médica

red. immed
+ pen

Operação

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

Eficácia

- ☐ Nenhuma
☒ Médico
☐ Cirurgia
☐ Médico Cirurgico

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação
01/09/2019 16:27:45

Data da Alta:
03/09/2019

Data da Hospitalização
/ /

ALTA

Saída

- ☐ Curado
☐ Melhorado
☐ Inalterado
☐ A Pedido
☐ Internação p/ Diagnóstico
☐ Divisão Médica
☐ Por Indisciplina
☐ Evasão
☐ P. Ambulatório

Transferência

- ☐ Fisiologia
☐ Psiquiatria
☐ Outros

Óbito

- ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

THE / /

Assinatura:

RGPM 105193193-2/ Mai 14495-9
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: 64014-090 - Teresina - PI CNPJ: 07.644.150/0002-25 CMC: 025.272.9



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: 0408020345

Descrição da Cirurgia:

Amputação geral, excisão, redução
e confecção do ortopédico

Dr. Manoel B. de S. Coutinho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 3102

Cirurgia:

Cirurgião:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Circulante:

Amputação geral, excisão, redução
e confecção do ortopédico

Dr. Manoel B. de S. Coutinho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 3102

Antônia Eriene Dias
Enfermeira
COREN-PI 2022

Pls. Manoel B. de S. Coutinho
RGPM 105198193-27 Mai 14495-9
Cirurgião do Setor de Atividade Técnica

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

[Assinatura]
Coronel Vitorino Reis 1º TEN PM
RGPM 105198193-2/Mat. 14495-0
Chefe do Setor de Arquivo Técnico



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



BOLETIM DE ANESTESIA

DATA: 04/09/19
Nº DO PRONTUÁRIO: 509976
CÓD DA CIRURGIA: 2108020715

DN: 02104103

NOME: Thomathas Kawan Freire Alves
PROCEDIMENTO: Redução de fratura de fêmur (P)
CIRURGIÃO: Flávio AUX: Hugo ANEST: Hugo
INSTR.: Belson CIRC.: Online INÍCIO: 14:30 ANESTESIA: Sedação
P.A. 14:30 F.C. 114 PESO: 70 Hto 1,70 Glicemia 100 Creatina 0,8 Respir: 12

ASSISTENTE	OXIGENIO	SEQUÊNCIA
1. <u>Propofol 10mg</u>		
2. <u>Atarum 30mg</u>		
	<u>SF500</u>	
MONITORIZAÇÃO		
SaO ₂ (%)	<u>100</u>	
E.C.G.		
EsCO (mmHg)		
DIURESE (ml)		

Pipim 78
su

14:30

DURAÇÃO

Técnica Anestésica: Sedação 1+2

Comentários Adicionais: A NPA em queixa

MONITORAÇÃO	Guia	Tubo	Diáfr	Pico	Tempo
<input checked="" type="checkbox"/> ECG	<u>8</u>	<u>3</u>			
<input type="checkbox"/> PAM					
<input checked="" type="checkbox"/> PANI					
<input type="checkbox"/> Oxímetro					
<input type="checkbox"/> Capnógrafo					
<input type="checkbox"/> PVC					

Medicamentos Utilizados			
Adrenalina _____ Amp	Doistina _____ Amp	Midazolam _____ Fr	Propofol _____ ml _____ Amp
Água dest. 10ml _____ Amp	Droperidol _____ Amp	Metronidazol _____ Fr	Ranitidina _____ Amp
Atropina _____ Amp	Efortil _____ Amp	Neocaina Psa 0,5% _____ Amp	Qualicid _____ Amp
Dextra _____ Amp	Efedrin _____ Amp	Narcam _____ Amp	Quetamina _____ ml
Bromoprida _____ Amp	Enflurano _____ ml	Novabupr 0,5% _____ Fr	Remifentanil _____ Fr
Cefazolina 1g _____ Fr	Fentanil _____ ml	Nubain _____ Amp	Ringer-Isotade _____ Fr
Cefatolina _____ Fr	Fentanil (S/C) _____ Amp	Neocaina % V _____ Fr	S. Fisiológ. 0,9% _____ ml _____ Fr
Ciprofloxacina _____ Fr	Holotano _____ ml	Neocaina 0,5% isobar _____ Amp	S. Glicosado 5% _____ ml _____ Fr
Clonidin _____ Amp	Hidrocodisona _____ ml	Neostigmina _____ Amp	Scalp n° _____ Und
Colóide () _____ Fr	Isoturano _____ ml	Omeprazol _____ Fr	Tracur _____ Amp
Dexametazona _____ Amp	Jalco n° _____ Und	Ondasetrona _____ Amp	Tilatil _____ Fr
Diazepam _____ Amp	Lidocaina % V _____ Fr	Pallao Cel _____ Fr	Tiopental _____ Fr
Dimorf _____ mg _____ Amp	Metaclopramida _____ Amp	Pancurônio _____ Amp	
Dipirona _____ 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****NOME.....: JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES****MÉDICO SOLIC: FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA****CÓDIGO: 3102-PI****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.

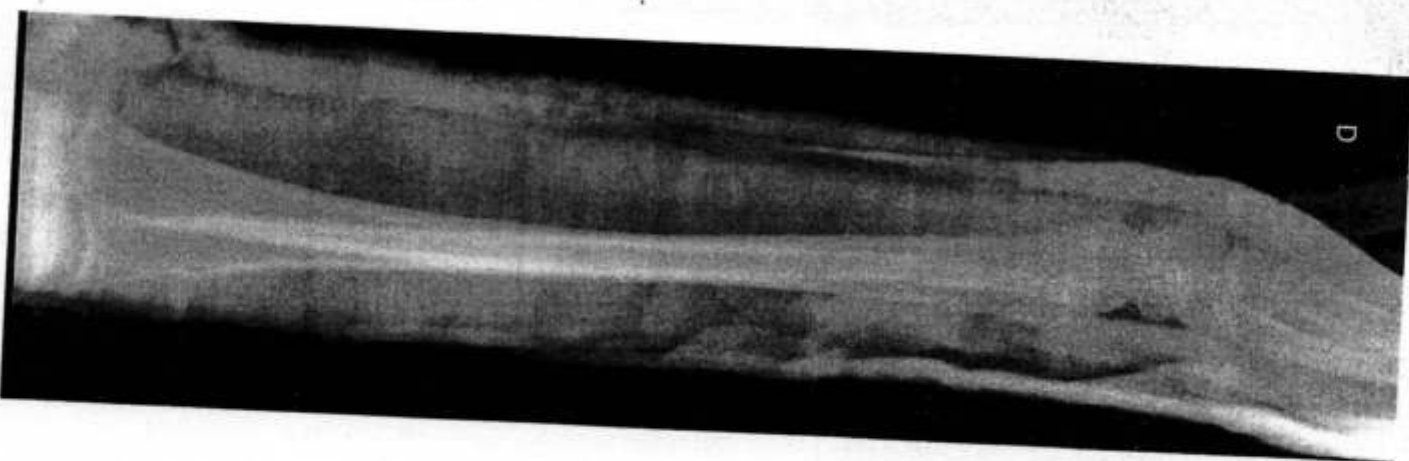
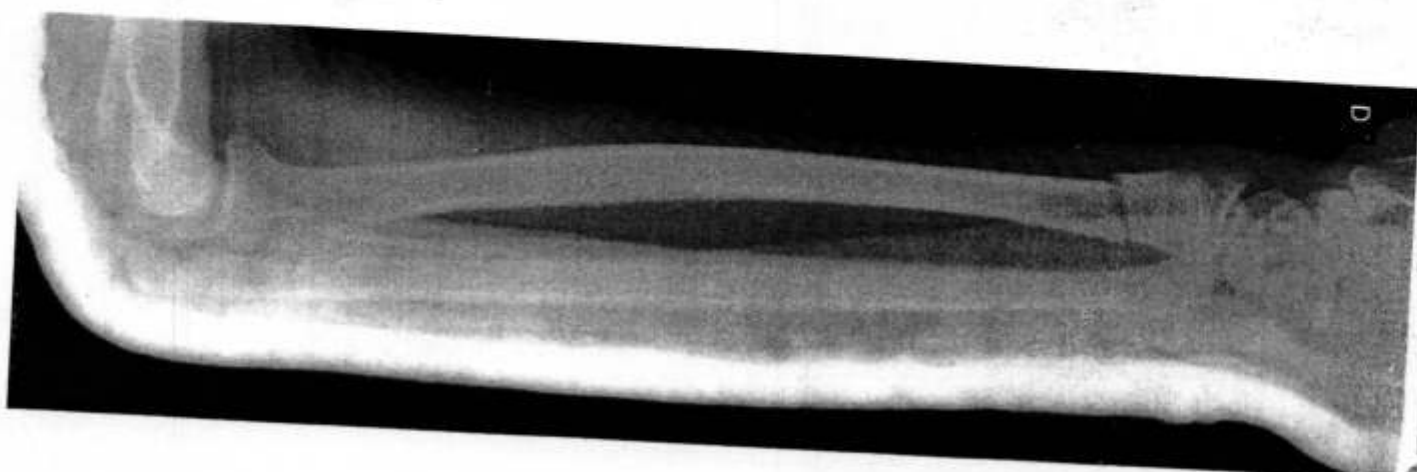
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**Fratura no antebraço.****Aumento de volume e densidade de partes moles.**

Ivan Fontenele Gomes
IVAN FONTENELE GOMES
CRM 2426-PI
CRM

Carlos Reis
Carlos Reis 1º TEN PM
RGPM 105198193-2/ Mat. 14495-9
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

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

HPM



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

Luiz Henrique dos Reis 1º TEN PM
RGPM 105188193-2 / Matr 14495-9
Fone: 21 Setor de Arquivo Técnico



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 estilóide ulnar.
Aumento do volume e da densidade das partes moles do punho.

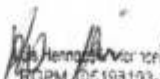
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

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

Av. Higino Cunha, 1642 - Inictus - Teresina/PI
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

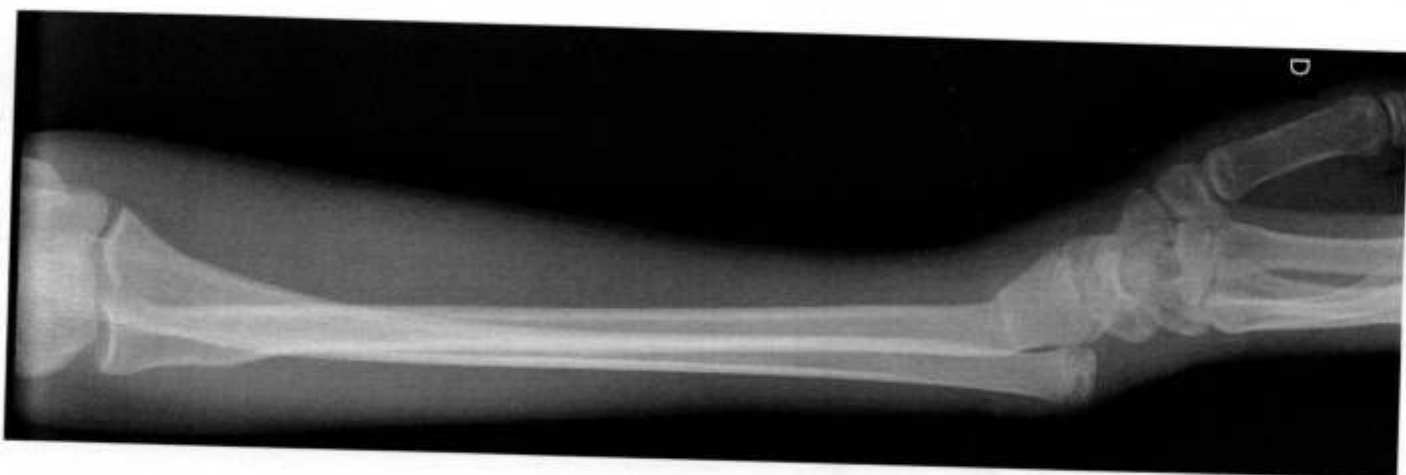
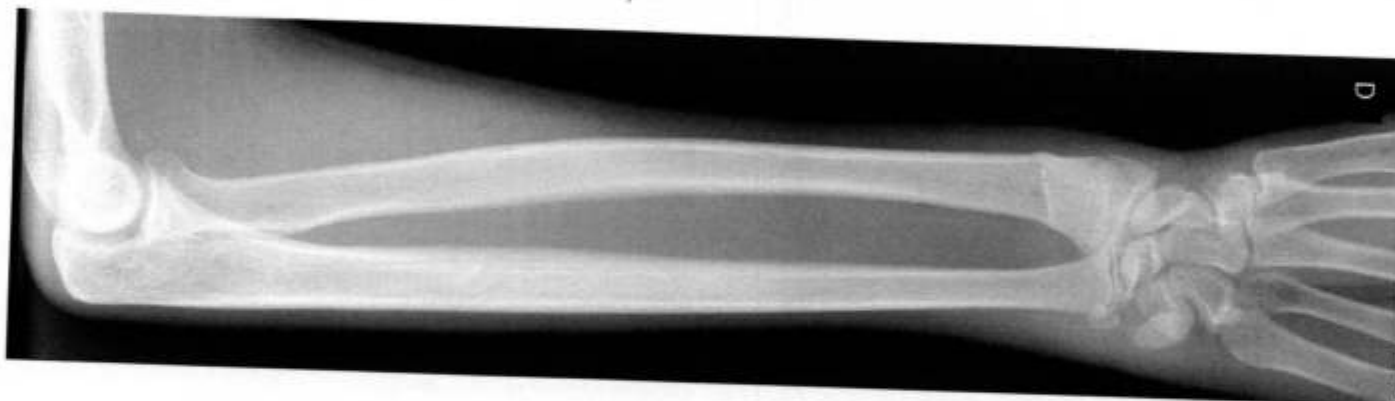

Dra. Liege de Sampaio
Médica
CRM-PI 4173
LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
CRM: 4173

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


Dr. Henrique de Aguiar Reis 1º TEN PM
RCPM 05.198193-2/ Mat. 14495-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

ID: 164318
Paciente: JHONATHAS KAMAN FREIRE ALVES
Idade: 016y
Sexo: M

HPM



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

Handwritten signature
Dr. Henrique P. Reis 1º TEN. PIA
RGPM 305.193.193-2 / Matr. 14495-9
Chefe do Setor de 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 radioluciente acometendo o processo estilóide 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 radioluciente acometendo o processo estilóide 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

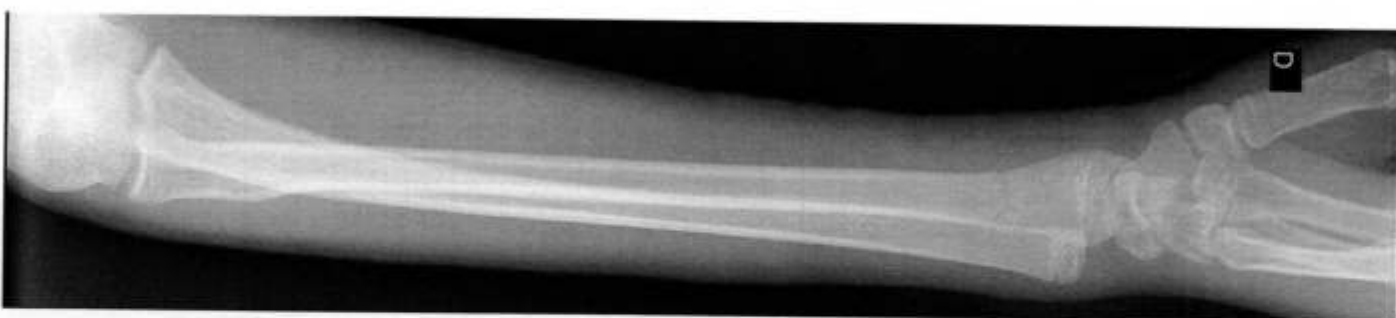
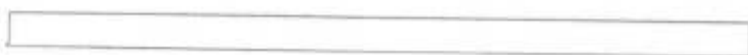
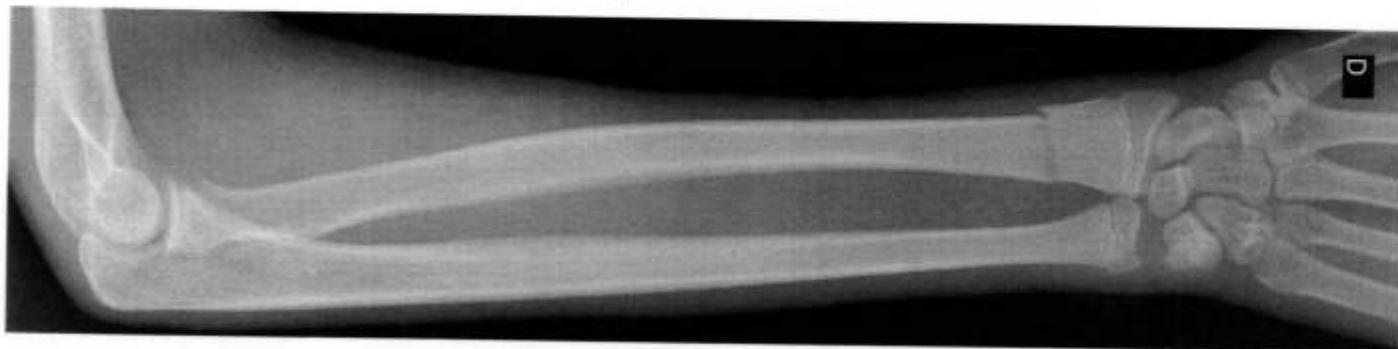
Av. Ildefonso Cunha, 1642 - Bixotas - Teresina, PI
CEP 64011-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

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


Unidade Vinte e Nove 1º TEN PM
OF 168193-2/ Mat. 14495-9
Setor do Arquivo Técnico

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

HPM



Horas: 10:18
Exame: 05/09/2019

Handwritten signature
RTPM 105158193-27 MM 14495-9
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 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

JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROIBIDA PLASTIFICAR

1294869712

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL

1294869712

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTEIRO NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME
RILVANO ALVES BATISTA

DOC. IDENTIDADE / CNH / PASSAPORTE
1157105 SUP 72

CNPJ
453.915.213-00 DATA NASCIMENTO
04/11/1971

RAÇÃO
BALTIMIRO VILARIMBO
BATISTA
MARIA DE JESUS DA
SILVA BATISTA

PERMANENTE
NÃO
CARTÃO
NÃO

W. RESCISÃO
02340854407
VALOR
00/06/2021
P. INSCRIÇÃO
20/06/1981



identificação

Silvano Alves Batista

LOCAL
TERREIRA

DATA DE EXPIRAÇÃO
12/08/2016

7814622000
21317594575

DETRAN-PI (PJAU)

11

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

ASSINATURA DO TITULAR

1146810

Jhonathas Kawan Freire Alves




CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.718.992 DATA DE EXPEDIÇÃO 03/01/18

NOME JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES

FILIAÇÃO ILDA MARIA FREIRE ALVES
SILVANO ALVES BATISTA

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 02/04/2003

DOC. ORGEM CERT.NASC. 5 L 1A F 5

CPF EXP TERESINA-PI 02/04/03

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 / Ins. Estadual: 10.301.383-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1 -
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 05/98

Para contato
consulte, informe
ou o NÚMERO

SEU CÓDIGO

1163406-5

Nº da Nota Fiscal 29023758

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

CONTA MÊS
OUTUBRO/2019
VENCIMENTO
30/10/2019

CONSUMO (KWH) 308
TOTAL A PAGAR (R\$) 406,32

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

ROT: 116.081.16.10.468000

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	3408	Atual:	23/10/2019
Anterior:	3100	Anterior:	23/09/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	22/11/2019
Consumo Medido:	308	Emissão:	22/10/2019
Consumo Faturado:	308	Apresentação:	23/10/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dia de Consumo:	30
Código de Irregularidade:	FCAH*		

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A2015882		1.1.1.1	264

HISTÓRICO KWH		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
SET/19	314	CONSUMO 308 A R\$ 0,946175 =	291,42
AGO/19	259	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	21,55
JUL/19	233	PARCELAMENTO DE DEBITO 10/24	93,35
JUN/19	318	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	3,52
MAI/19	287	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	2,86
ABR/19	266		
MAR/19	295		
FEV/19	264		
JAN/19	272		
DEZ/18	280		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 308 - 0,636143

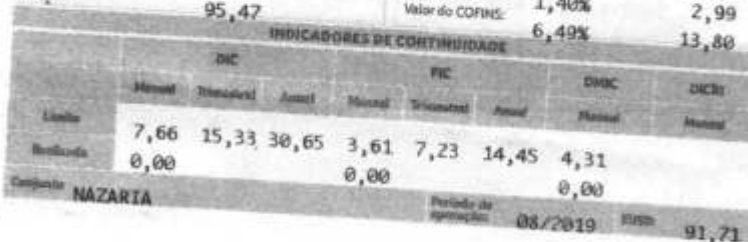
NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

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

RESERVADO AO FISCO 3C0E.2BFA.24F7.ED51.F450.1B01.A934.2931
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	57,30	Base de Cálculo:	291,42
Energia:	110,75	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	18,73	Valor do ICMS:	78,68
Encargos:	9,17	Valor do PIS:	2,99
Tributos:	95,47	Valor do COFINS:	13,80

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
Linha	DIC			FIC			DICI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	
Residência	7,66	15,33	30,65	3,61	7,23	14,45	4,31
Composto	0,00			0,00			0,00
NAZARIA				Período de apuração: 08/2019			
				TOTAL: 91,71			





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA 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 (VÍTIMA)

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 - Palmeiras 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



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos
Data de Impressão: 19/11/2019 15:52
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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 Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Veículo 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 promotor, posteriormente para o hospital da polícia militar. informações prestada pelo noticiante.

ASSINATURAS



Almiralce Ribeiro Lebre Carlos
escrivão
Matrícula 0097616
Responsável pelo Atendimento



Silvano Alves Batista
(Comunicante)

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assertadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação 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 - 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: Recuso - me 8 - Endereço: PI 130 9 - Número: 4320 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Nazária 12 - Cidade: Teresina/MAZÁRIA 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.415 - 000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 86 98823 - 4516

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:

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 ☐ 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: 34511 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 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: ☐ 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 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 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 6 MAR/2019, 03/12/2019

x Silvano Alves Batista

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)