

Controle de documentos x Audiências x Upload x Consulta processos - Pro x 0833686-76.2019.8.18.0 x Merge PDF files online. x + -

tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=382136&ica=d4d0dfa7d7f796b2400e6205ca0a93af... Pausada

Apps Babylon Search http://feed.helperb... Google www.esdc.com.br/R... hao123 - O melhor... chrome-extension/... Histórico Outlook - helderjus... Questões de conc...

Pje ProceComCiv 0833686-76.2019.8.18.0140 DERICK RICHELYSON ELEGANCIA DIAS X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS

11114930 - CONTESTAÇÃO (2739387 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 03/08/2020 18:01:02

03 Aug 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 11114929 - CONTESTAÇÃO
 - 11114930 - CONTESTAÇÃO (2739387 CONTESTACAO 01)
 - 11114932 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROC ADM)
 - 11114933 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 11114934 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 11114935 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

downloadBinario.seam 1 / 11

2739387- CJ/ 2020-02771/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Ativar o Windows
Ativar o Windows.
Exibir todos

prot+pq.pdf pq.pdf prot+pq.pdf pq.pdf prot+pq.pdf

18:01 03/08/2020



Número: **0833686-76.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **21/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DERICK RICHELISON ELEGANCIA DIAS (AUTOR)		ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11114932	03/08/2020 18:01	PROC ADM	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, Dennes Williams Alves Fernandes,
RG nº 2774.867, data de expedição 24/09/12,
Órgão _____, portador do CPF nº 042.763.523.39,
com domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Cenq de ne greiros Barro, nº 3845,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Derich Richelyson Elegância Dias, cujo o condutor era
Derich Richelyson Elegância Dias.
Veículo: Moto Modelo: Honda/CG FAN 160 ESDI Ano: 2016
Placa: PI0-7918 Chassi: 9C2KC2200GR507089
Data do Acidente: 21/03/19

Local e Data: TERESINA/PI 01-07-2019

Recebido em: Dennes Williams Alves Fernandes
Assinatura do Declarante

15 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

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

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua: Lacerda Reguiera, 1239 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina-PI - Fone: (98) 3221-0120 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br
Tribunal: Claudio Gonçalves de Sampaio Pereira

PECONEHO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE DENNES WILLIAMS ALVES FERNANDES. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 01/07/2019. Selo: AAD53569-S21C
Katia Gardênia da Silva Santos
KATIA GARDÊNIA DA SILVA SANTOS - ESCRIVENTE AUTORIZADA
Eml: 3,85 TJ: 0,77 FMNP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,96 - OP: 110
DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Kátia Gardênia da Silva Santos
Escrivente Autorizada
Teresina - PI





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

DN: 2008.46

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	Código IBGE			
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome			15 Sexo	
	16 Idade	Se idade ignorada, preencha com 999		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	19 Tipo de ocorrência				
Acidente de Transporte	20 Meio de locomoção		21 Outra parte envolvida		22 Equipamentos de segurança
	23 Glasgow =		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
Exame Físico	26 Pupilas		27 Pulso		28 Sangramento
	29 Dor		30 Fratura		31 Procedimentos realizados
Assistência	32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada		34 Óbito
	35 Observações Interdisciplinares		36 Observações Interdisciplinares		

Recebido em:

15 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS

CONFERE COM O ORIGINAL
P/ Marília Veloso Cantanhede
Gerente Administrativa SAMU

Dr. Paulo José M. Raulino Neto
proctólogo - CRM 3128
Responsável pela avaliação

Socorristas
Médico
AE/TE

Enfermeiro
Condutor

Versão: 27.11.2011



**ÁGUAS DE
TERESINA**

CNPJ 27.757.470/0001-06 - LE 130865574
Av. Prof. Camilo Filho, 1960, Todos os Santos - CEP 64000-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

TC: 109
20190521100524

INSCRIÇÃO

13944231-6

SATURAÇÃO

151573450

MÊS / ANO

5/2019

NOME/ENDEREÇO
MORADOR RITA DE ARAUJO MELO MAGALHAES

CON DIRCEU ARCOVERDE I Q-021 A
Q-024, Q-023-C-01B-ITARARE-TERESINA-PI-cep:64077070

LOCALIZAÇÃO

013-00054-004360

GRUPO

013

NÚMERO DO HIDRÔMETRO

Y175538708

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	TUPO	LIDO	FATURADO
04/2019	Lido	22	22
03/2019	Lido	20	20
02/2019	Lido	20	20
01/2019	Lido	23	23
12/2018	Lido	17	17
11/2018	Lido	18	18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

22
20
20
23
17
18

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

CONSUMO MÊS M3

19

SEI 12.410.007

ANTERIOR 23/04/2019 345

ATUAL 21/05/2019 364

DATA

LEITURA

345

364

345

364

345

364

345

364

345

364

345

364

345

364

345

364

345

364

345

364

345

364

345

364

345

364

345

364

345

364

345

364

345

364

345

364

345

364

345

364

345

364

TABELA DE TARIFAS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DE FATURA

RESIDENCIAL

TAXA DE CONSUMO (L/M3) (N)

1,2

7,1000

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

NÃO RESIDENCIAL

TAXA DE CONSUMO R\$/M3 E (N)

1,2

7,1000

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

4,5

VENCIMENTO
02/06/2019

TOTAL A PAGAR
78,28

IRREGULARIDADES / ANOMALIA

MANUTENÇÃO EM CONTATO COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO
OU SOLICITE EM UMA DE NOSSAS LOJAS O ENVIO DA SUA
FATURA EXCLUSIVAMENTE POR E-MAIL.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços
conforme Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.967/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2383	2168	215	1,42	0,2-5,0 mg/L
ODOR APARENTE	1865	1536	327	8,87	Inferior a 15
PH	2364	2273	111	6,27	6,0-9,50
TURBIDEZ				2,05	Inferior a 5
CONFORMES TOTAIS					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCOLHIDA COL	660	656	4	Ausente	Ausente
	660	660	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 21/05/2019

HORA DA EMISSÃO: 10:00

Recebido em:

15 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS



pena
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.000-000 (001-09) (Insc. Estadual: 10.301.383-3)
Nota Fiscal: Centro de Energia Elétrica - Série B-1
Ingenho especial de pagamento autorizado pela SEFAZ 06/08

Para contato
consulte, informe
esse NÚMERO

SEU CÓDIGO

0019712-2

Nº da Nota Fiscal

024069457

A Tarifa Social da 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\$)
JULHO/2019	15-07-2019	351	358,33

LÍZIA MARIA DA C. OLIVEIRA
R. COLOMBIA 3478 TRÊS ANDARES
CEP: 000201-1463315
CPF: 04.000.000 - TERESINA

ROT: 5.001.09.05.145000

Atual:	55331	Atual:	08/07/2019
Anterior:	54980	Anterior:	06-06-2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Letura:	06-08-2019
Consumo Medido:	351	Emissão:	05-07-2019
Consumo Faturado:	351	Apresentação:	08-07-2019
Forma de Pagamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	FCAM
		Idade do Consumo:	32

Class/Subclass	Uso	Número Medidor	Posto	Código fat.	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A200408		1.1.1.1	255

HISTÓRICO kWh		DETALHAMENTO DA CONTA	
Mês/ano	Consumo	CONSUMO	Valor
JUL/19	325	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	323,16
MAI/19	275	MULTA POR ATRASO 05/19-00	26,97
ABR/19	285	MULTA POR ATRASO 05/19-00	1,89
MAI/19	251	JUROS POR ATRASO 05/19-00	5,15
FIV/19	262	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	2,06
JUN/19	267		
DI 2/18	255		
NOV/18	268		
OUT/18	388		
SET/18	162		
TOTAL SEM TRIBUTOS:			
IN 351	0,61:068		

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mês/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 23-07-2019. O não pagamento irá gerar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO SC9C.2F77.8095.A5B7.D9F4.D64E.671A.170B

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	63,56	Base de Cálculo:	323,16
Energia:	122,81	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	20,77	Valor do ICMS:	87,25
Energia:	10,16	Valor do PIS:	3,32
Tributos:	105,86	Valor do COFINS:	15,29

INDICADORES DE CONTINUIDADE								0,48%	15,29
	DCE			FIC			DMEC	DCEU	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Anual	
Límite	5,08	10,15	20,30	3,43	6,85	13,70	2,86		
Atualizado	0,00			0,00			0,00		
Comprova	TERESI-VA						Porcento de aprovação (%)	05/2019	91,79

Consumo TERESINA 05/2019 98,79

ROT: 5.001.09.05.145000

pena
ENERGIA
cepisa

SEU CÓDIGO
0019712-2

TOTAL A PAGAR - R\$
358,33

MÊS FATURADO
07/2019

VENCIMENTO
15-07-2019

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.000-000 (001-09) (Insc. Estadual: 10.301.383-3)

Nº da Nota Fiscal: 024069457 FCAM

83690000003 2 58330017000 3 000000000019 0 71220719008 3



SERIAL: 00358 UC: 0019712-2 DT. EMISSÃO: 08/07/2019 T. ENER.: 01
LÍZIA: 55331 NORMAL TOTAL: 358,33 CARGA: 004
DT. VENC.: 15-07-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 0601

Recebido em:

15 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/08/2020 18:01:02

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080318010138400000010533501

Número do documento: 20080318010138400000010533501



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	06064356383	DERICK RICHELYSON ELEGANCIA DIAS
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Profissão:	Cidade:
DERICK RICHELYSON ELEGANCIA DIAS	RECUSO	TERESINA
Endereço:	Bairro:	Estado:
QUADRA 23 CASA 01	DIKCEU 1	PIAUÍ
E-mail:	CEP:	CEP (DDD):
	060.643.56383	64070077
		76.9827917

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

RENDA MENSAL:			
☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
☐ Banco do Brasil (001)	☒ Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 3389	CONTA: 55255	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos:	Falecidos:	nascituro (vai nascer)?

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.

Local e Data, TERESINA 15/07/2019

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): *Derick Richelyson Elegancia Dias*

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

Assinatura do Procurador (se houver): _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

01 V001/2018





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002460/2019-59

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Antonio Carlos Da Silva Leite

Data/Hora: 01/07/2019 - 10:59

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. RAUL LOPES, Nº

Complemento

Data/Hora

21/03/2019 - 21:00

Bairro

ININGA

Ponto de Referência

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: DERICK RICHELISON ELEGÂNCIA DIAS

RG: 3550670 SSP/PI

Mãe: EDINADIGARRA ELEGÂNCIA LIMA DIAS

Pai: FRANCISCO ELISÁRIO LIMA DIAS

Endereço: Q-23, CASA-01, DIRCEU ARCOVERDE I, Nº

Bairro: DIRCEU ARCOVERDE I

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 35-8827-9118

Tipo Envolv.: VITIM/VNoticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA O NOTICIANTE QUE TRAFEGAVA PELA AV. RAUL LOPES, SENTIDO SUL/NORTE, CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 160 FAN ESDI, ANO/MODELO 2016, COR VERMELHA, PLACA PIO-7918-PI, RENAVAN 1100674041, PROPRIETÁRIO DENNES WILLIAMS FERNANDES, MOMENTO EM QUE DESEQUILIBROU-SE E CAIU, SENDO SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU, CONFORME CHAMADO Nº 3379 E ENCAMINHADO AO HJT, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 506269, O NOTICIANTE AFIRMA QUE NÃO É HABILITADO, PELO QUE DÁ CONHECIMENTO E REQUER BO PARA FINS DE DIREITO.

Antonio Carlos Da Silva Leite - Mat.
AGENTE DE POLÍCIA

Derick Richelson Elegância Dias
DERICK RICHELISON ELEGÂNCIA DIAS - Noticiante
Responsável pela informação

Delegado de Polícia

Recebido em:

15 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	06064356383	DERICK RICHELYSON ELEGANCIA DIAS
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Profissão:	CEP:
DERICK RICHELYSON ELEGANCIA DIAS	RECURSO	060.643.563-83
Endereço:	Bairro:	Cidade:
QUADRA 23 CASA 01	DIKCEV L	TERESINA
Estado:	CEP:	Tel. (DDD):
PIAUÍ	64070-077	86-98827916
E-mail:		

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:			
☒ RECURSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237)	Nome do BANCO:
☐ Itaú (341)	
☐ Banco do Brasil (001)	
☒ Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 3389	CONTA: 55255
(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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com validade para a indenização por morte decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Recebido em

15 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
Vivos:	Falecidos:	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.

Local e Data, TERESINA 15/07/2019

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

01 V001/2018





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190428592

Vítima: DERICK RICHELISON ELEGANCIA DIAS

Data do Acidente: 21/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DERICK RICHELISON ELEGANCIA DIAS

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

Carta nº 14575210





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 30 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190428592

Vítima: DERICK RICHELISON ELEGANCIA DIAS

Data do Acidente: 21/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DERICK RICHELISON ELEGANCIA DIAS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: DERICK RICHELISON ELEGANCIA DIAS

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000003389

Conta: 0000055255-7

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.

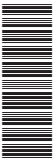
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00571/00572 - carta_15R - INVALIDEZ

00030286



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:	23/07/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	2.531,25
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DERICK RICHELISON ELEGANCIA DIAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000055255-7

Nr. da Autenticação A8382EEBEFD31E4B





**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

Recebido em:

15 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

NOME DO PACIENTE: Derrick Richelison Cleonice Dias

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 506269

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".

Josma Lúcia Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

ORTOPE DIA

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Imp: 21/03/2019 23:04:04

User: WILLIAM MACHADO

(Estação: CONSULTA03)

Nome:	DERCK RICHELISON ELEGANCIA DIAS	Prontuário:	506269
Mãe:	EDINADEGARRA ELEGANCIA REGO DIAS	Pai:	
End.Resid.:	QD 23 CASA 1 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64077-070		
Nascimento:	20/03/1996	Idade:	23a0mld
Sexo:	Masculino	Fone:	83-98878-6561
Responsável:	SYNARA	CNS:	
Profissão:	VENDEDOR	Documento:	CPF: 060.643.563-83
G. Instrução:	Médio Incompleto	E.Civil:	Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	713410	Entrada:	21/03/2019 22:25:00	Convênio:	S U S	Proced:	0301060061
Motivo da Procura	conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC						
Condução:	AMBULÂNCIA DO SAMU						

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
		Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

SSVV:	(Hora: ____ : ____)								
Peso:	0,00 Kg	Altura:	0,00 M	IMC:	0,00 Kg/m2	Pulso:	bmp	Pressão:	mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA MOTOCICLISTICA HÁ1 HORA, COM USO DE CAPACETE, NEGA DESMAIO, VÔMITOS, OTORRAGIA, E EPISTAXE, NEGA INGESTA ALCOOLICA, CONSCIENTE, FÁSICO E EUPNEICO.

A) VIAS AEREAS PERVIAS, FÁSICA, COM EM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA

B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, PULSO: 70.BPM, SAT O2+97%

C) PRESSAO:120/80MMHG

D) PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTE

SEM SINAL DE LESAO EM CABEÇA.

E) ESCORIAÇÃO EM PERNA DIREITA E JOELHO DIREITO.

Diagnóstico Inicial:

?

Exames Complementares:

(1177861) - JOELHO DIREITO

(1177862) - PERNA DIREITA

Prescrição Médica:

1. SF 0,9% - 500ML, EV, P/ MV.
2. DAPIRONA - 01 AMP + AD, EV, 6/6H
3. TILATIL - 1 AMP + AD, EV AGORA

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA:

/ /

HORA:

:

Assinatura Paciente ou Responsável

Recebido em:

15 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROSJoana Luiza Mendes de Mesquita
Matrícula: 77390
SAÚDE - HUT
CONF. EM O ORIGINALDr. Edson Gomes de Castro
Médico
CRM-PI 8813WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO
CRM 3811 Em: 21/03/2019 23:03:58

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/08/2020 18:01:02

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080318010138400000010533501>

Número do documento: 20080318010138400000010533501

Num. 11114932 - Pág. 12



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 27/03/19

NOME DO PACIENTE: Derik Richeyson Elegante Reis	PRONTUÁRIO Nº: _____
DIAGNÓSTICO: _____	CIRURGIA: _____
ANESTESIA: Rougel	Nº DA SALA: 08
CIRURGIÃO: Dr. André	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: GRS Wemise	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: Dayana	CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.5 180	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº _____	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	80		PVPI DE GERMANTE	ML	80	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	80	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO	02	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	-		Cupon	UN	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	2.0	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Roy			
PROLENE							

Joana Lúcia Mendes de Mesquita
Fabricação: 03/2019
SANTO AGUT
COMPRE NO P. ORIGINAL



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

188866

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	235421

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: DERICK RICHELYSON ELEGANCIA DIAS	6 - Prontuário: 506269
7-CNS: 706202537202467	8-Nascimento: 20/03/1996
9-Sexo: Masculino	CPF: 060.643.563-83
11-Mãe: EDINADIGARRA ELEGANCIA REGO DIAS	12-Fone: 83-98878-6561
13-Resp: SYNARA	14-Cor: Amarela
15-Endereço: QD 23 CASA 1 - DIRCEU ARCOVERDE - CEP: 64077-070	
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100
18-UF: PI	19-CEP: 64077-070

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: PACIENTE VITIMA DE QUEDA MOTOCICLISTICA HÁI HORA, COM USO DE CAPACETE, NEGA DESMAIO, VÔMITOS, OTORRAGIA, E EPISTAXE, NEGA INGESTA ALCOOLICA, CONSCIENTE, FÁSICO E EUPNEICO. ESCORIAÇÃO EM PERNA DIREITA E JOELHO DIREITO.
21 - Condições que justificam a internação: TRATAMENTO CIRURGICO 0408050101 S820 (PATELECTOMIA)+0408050128 M228 (REALINHAMENTO DO MECANISMO EXTENSOR DO JOELHO)
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): ef+rx
23-Diagnóstico Inicial: Informação Posterior)
24-CID Prim:
25-CID Sec.:
26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0415030013	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02
	31-Docum.: 01
	32-Doc. Méd. Solic.: CPF 003.695.133-12
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: ANDRÉ LEAL DE VASCONVELO	34-Data Solicitação: 21/03/2019
35-Ass. Carimbo Med.Sol. (CRM)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documento:	49-Num. Documento:
() CNS () CPF	
Assinatura Paciente ou Responsável:	

Synara

220419
Marcondes Martins S. Moura
Médico Autor - FMS - Teresina
08/04/2019 - 17:02:39:5120001
Carimbo (Rg.Conselho)

Usuário: (CECILIA BRITO)
Consulta Local: 713410
Consulta SUS:
Impressão: 08/04/2019 11:46:43

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Médica - FMS - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS
DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Nº LAUDO: 188866

AIH: 2219100212252

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS NOME DO PACIENTE

706202537202467 DERICK RICHELYSON ELEGANCIA DIAS

NASCIMENTO

20/03/1996

PRONTUÁRIO

506269

SEXO

M

DOCUMENTO

TELEFONE

NOME DA MÃE

86999999999

EDINADIGARRA ELEGANCIA REGO DIAS

RESPONSÁVEL

SYNARA

CEP

64000010

ENDEREÇO (LOGRADOURO)

QUADRA 23

NUMERO / LOTE

1

BAIRRO

DIRCEU

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

PI

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0415030013

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXAÇÃO INTERNA

CÓDIGO

0408050527

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

CÓDIGO

0415030013

DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DA ROTULA PATELA

CID 10 PRINCIPAL

S820

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE VITIMA DE QUEDA MOTOCICLISTICA HA 1 HORA, COM USO DE CAPACETE, NEGA DESMAIO, VÔMITOS, OTORRAGIA, E EPISTAXE. NEGA INGESTA ALCOOLICA, CONSCIENTE, FASICO E EUPNEICO. ESCORIAÇÃO EM PERNA DIREITA E JOELHO DIREITO. TRATAMENTO CIRURGICO: PATELECTOMIA 0408050101 S820 + REALINHAMENTO DO MECANISMO EXTENSOR DO JOELHO 0408050128 M228

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ANDRE LEAL DE VASCONCELOS

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS SOLICITANTE

980016288313489

DATA SOLICITAÇÃO

10/04/2019

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

MARILEA DA SILVA LEAL

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS AUTORIZADOR

980016281738417

ORGÃO EMISSOR

DATA AUTORIZAÇÃO

10/04/2019 10:36:10

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Médica - HUT
SANTA RITA
CONFERE COM O ORIGINAL





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente Wenik Richelyson Eugência Dias
Diagnóstico pré-operatório FRATURA DE PATELA ESTRECHADA ALTAMENTE COMINUTA
Operação - Tipo PATELECTOMIA TOTAL COM REPARO DO MECANISMO EXTENSOR
Cirurgião Dr. André 1º Assistente
2º Assistente André Leal de Vasconcelos 3º Assistente
Instrumentador(a) Dayana Anestesia Jaqueline
Anestésico(a) Dr. Denise

Data da Operação 27.03.19 Início Fim
Diagnóstico Pós-operatório
04080 50402 - 5820
04080 50 1208 - M 728

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação FRATURA DE PATELA ESTRECHADA +
GRANDES FRAGMENTOS OSTEOCONDRAIS, OPTADO POR PATELECTOMIA
POL IMPOSSIBILIDADE DE SÍNTESE

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① PACIENTE EM DDH SOB RADIANESTESIA
- ② ASSEPSIA, ANTISSEPSIA + CANAIS
- ③ INCISÃO LONGITUDINAL + DIVISÃO POR PLANOS
- ④ VISUALIZAÇÃO DE FRATURA DE PATELA ESTRECHADA COM LESÃO OSTEOCONDRAIS IMPORTANTE, OPTADO POR PATELECTOMIA TOTAL
- ⑤ REPARO DO MECANISMO EXTENSOR COM SUTURA
- ⑥ REFORÇO COM PONTO DE KRACOV + SUTURA COM PONTOS SIMPLES
- ⑦ SUTURA E CURATIVO EMBA

Mod. 76 HUT



HUT
HOSPITAL
DE URGENCIAS
DE MADRID

Joana Inês Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
Série: 1987
CONFERE COM O ORIGINAL



**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

UNIDADE DE SAÚDE:

[illegible]

MÉDICO / CRM:



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Jonas Richelyson Gleyson de Mello IDADE 36 anos DATA 27.03 /2019

HORÁRIO DE ADMISSÃO 19 hs 50 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA Patelectomia total com repouso de CIRURGIÃO André

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	HORÁRIO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>88 bpm</u>		<u>125/67</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>112/88 bpm</u>		<u>93</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>97%</u>		<u>98%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	<u>Patricia 87474075</u>		<u>P</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK <u>coren-pi</u>		ADMISSÃO	SAÍDA
ATIVIDADE ESCALAR	Movimenta os quatro membros	2 ☒	2 ☒
	Movimenta dois membros	1 ☒	1 ☒
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2 ☒	2 ☒
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2 ☒	2 ☒
	PA em 20-49% do nível anestésico	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2 ☒	2 ☒
	Desperta, se solicitado	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2 ☒	2 ☒
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0 ☐	0 ☐

ESCALA DE DOR ADMISSÃO

ESCALA DE DOR

TOTAL			
ASS.	<u>P</u>		<u>P</u>

ONDA VESICAL	() DRENO DE SUÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASOG () NASOE
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

19:50h - Admitido em SRPA em POI de Patelectomia, sob raqueanestesia. Consciente, orientado, eufórico, envoltivo limpo. Juliana 271.566

22h - Alta SRPA. Juliana 271.566

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/08/2020 18:01:02

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080318010138400000010533501

Número do documento: 20080318010138400000010533501

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [X] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

[] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] JOEIM. CLÍNICA: [] PED [X] IORT [] NEU [] CIR [] IMED





Num. 11114932 - Pág. 20



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DERICK RICHELISON ELEGANCIA DIAS** (Prontuário: 506269)
Endereço: QD 23 CASA 1 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64077-070
Nascimento: 20/03/1996 Idade: 23a0m29d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 235420
Requisição: 936767 Solicitação: 28/03/2019 Solicitante: RICARDO SOARES VALENÇA
Controle: 1182171 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 229 LEITO 218

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 28/03/2019

JOELHO DIREITO

O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento de volume de partes moles do joelho.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 18/04/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

Recebido em:

15 JUL 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Médica
SAME HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 03/08/2020 18:01:02

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080318010138400000010533501>

Número do documento: 20080318010138400000010533501

Num. 11114932 - Pág. 21

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190428592 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DERICK RICHELISON ELEGANCIA DIAS **Data do acidente:** 21/03/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO FIXAÇÃO INTERNA /PATELECTOMIA TOTAL.
ALTA MÉDICA. P.05/06

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DE JOELHO 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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: <u>DERICK RICHELISON ELEGANCIA DIAS</u>			
NACIONALIDADE: <u>BRASILEIRO</u>		ESTADO CIVIL: <u>SOLTEIRO</u>	
RG: <u>3.560.876</u>	ORG. EMISSOR: <u>SS PPI</u>	DATA DE EXPEDIÇÃO:	CPF: <u>060643563 83</u>
PROFISSÃO: <u>RECUSO</u>	ENDEREÇO: <u>AVANCA 23 CASA 01</u>		
Nº:	BAIRRO: <u>DIKCEV I</u>	CIDADE: <u>TERESINA</u>	
ESTADO: <u>PIAUÍ</u>	CEP: <u>64070 077</u>		

OUTORGADO: LUIS CARLOS CUNHA LIMA			
NACIONALIDADE: <u>BRASILEIRO</u>		ESTADO CIVIL: <u>DIVORCIADO</u>	
RG: <u>0269743620032</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSPMA</u>	DATA DE EXPEDIÇÃO: <u>19/01/2019</u>	CPF: <u>011.310.073-60</u>
PROFISSÃO: <u>TEC. SEG. DO TRABALHO</u>		ENDEREÇO: <u>RUA COLOMBIA</u>	
Nº <u>3474</u>	BAIRRO: <u>TRÊS ANDARES</u>	CIDADE: <u>TERESINA</u>	Recebido em: <u>15 JUL 2019</u>
ESTADO: <u>PIAUÍ</u>		CEP: <u>64016-570</u>	

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E
 CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM
 CONFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT E SUAS
 RESPECTIVAS CONSORCIADAS A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE
 IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, CONCEDENDO AO
 OUTORGADO PODERES PARA ENVIAR E/OU REQUERER QUAISQUER
 DOCUMENTOS NECESSÁRIOS JUNTO AS SEGURADORAS CONSORCIADAS,
 INCLUINDO RECEBER INFORMAÇÕES SOBRE PERÍCIA MÉDICA, SOLICITAR
 REAGENDAMENTOS, PODENDO SUBSTABELECER E PRATICAR, ENFIM, TODOS
 OS ATOS DE DIREITO PERMITIDO PARA O FIEL E PERFEITO CUMPRIMENTO
 DESTE MANDADO, A FIM DE REQUERER A INDENIZAÇÃO DO **SEGURO DPVAT**

VÍTIMA: DERICK RICHELISON ELEGANCIA DIAS.
 CPF: 06064356383. DATA DO ACIDENTE 21/03/2019.
 COBERTURA SOLICITADA: ☒ INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS () MORTE
 Local/Data TERESINA 01/07/2019.

Derick Richelson Elegancia Dias

ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)

ELEGANCIA DIAS, DOU FE. EN TEST. Derick Richelson Elegancia Dias
 Teresina-PI, 01/07/2019.
 www.tjpi.jus.br/portaleletr. Selo: AAD53562-KRB5
 KATIA GARDENIA DA SILVA SANTOS - ESCRIVENTE AUTORIZADA
 Em 01.07.19, às 13:07:17, FPM/PI: 010 Selo: 010/26 Total: 4,58 - OP: 110
 PROCURAÇÃO PARTICULAR

CARTÓRIO THOMASTOCLES SAMPAIO
 3º OFÍCIO DE NOTAS
 Kátia Gardênia da Silva Santos
 Escrivã Autorizada
 Teresina - PI

Cartório do 3º Ofício
 Teresina - PI



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0238521/19

Vítima: DERICK RICHELYSON ELEGANCIA DIAS

CPF: 060.643.563-83

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/03/2019

Titular do CPF: DERICK RICHELYSON
ELEGANCIA DIAS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LUIS CARLOS CUNHA LIMA : 011.310.073-60

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

DERICK RICHELYSON ELEGANCIA DIAS : 060.643.563-83

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/07/2019
Nome: LUIS CARLOS CUNHA LIMA
CPF: 011.310.073-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2019
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

LUIS CARLOS CUNHA LIMA

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190428592 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DERICK RICHELISON ELEGANCIA DIAS **Data do acidente:** 21/03/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO FIXAÇÃO INTERNA /PATELECTOMIA TOTAL.
ALTA MÉDICA. P.05/06

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO 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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



Recebido em:
15 JUL 2018
MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

DENATRAN		CONTRAN	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADIAS			
DETRAN - PI 9020170296516 Nº 013404917854 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		PI Nº 013404917854 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
VIA 1 COO. RENAVAM 1100674044 R.ATR.C. 2018	NOME DENNES WILLIAMS ALVES FERNANDES *****	VIA 1 RENAVAM 04276352339 CPF / CNPJ 9C2KCC2200GR507089 DATA EMISSÃO 30/8/2018	ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204
PLACA ANT / UF 04276352339 PLACA PI0-7918 CHASSI 9C2KCC2200GR507089	ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NEHUUMA MARCA / MODELO HONDA/CG 160 FAN ESDI CATEGORIA 002P/162CC ANO FAB 2016 ANO MOD 2016	COMBUSTÍVEL ALCO/6890L COB. PRODOMINANTE VERMELHA VENC. / COTAS 1º IPVA 2º 3º PAGO	PREMIO TARIFARIO (R\$) 81,28 DECATRAN (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,31 CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 PAGAMENTO 0,70 TITULAÇÃO 185,50 DATA DE COTAÇÃO 10/07/2018
A/FID Aministradora de Cons N TERESINA ARAO MARTINS DO REGATOBIO DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI 30/8/2018	OBSERVAÇÕES A/FID Aministradora de Cons N TERESINA ARAO MARTINS DO REGATOBIO DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI 30/8/2018	OBSERVAÇÕES A/FID Aministradora de Cons N TERESINA ARAO MARTINS DO REGATOBIO DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI 30/8/2018	OBSERVAÇÕES A/FID Aministradora de Cons N TERESINA ARAO MARTINS DO REGATOBIO DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI 30/8/2018

15 JUL 2019
MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS




Derick Richelyson Elegância Dias

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

RG: 3.560.876 DATA DE EMISSÃO: 13/05/19

DERICK RICHELYSOM ELEGÂNCIA DIAS

EDINADIGARRA ELEGÂNCIA RÉGO DIAS

FRANCISCO ELISTANIO LIMA DIAS

TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO: 20/03/1996

CERT. NASC. 93899 L 106 F 227

EXP. TERESINA-PI 08/04/14

060.643.563-83

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 88.250/83

Recebido em:
15 JUL 2019
**MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS**

