

Browser tabs: Email - Alana L., Controle de d..., Audiências, Consulta proce..., PJE 0800471-76.20..., PJE 0811104-48.20..., PJE 0814519-39.20..., Baixar o arquiv...

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=506418&ca=403d994d886181e1dd605cf8a5948a98e401db668cf...

Apps: SITES DE TRABALHO

ProceComCiv 0800471-76.2020.8.18.0075
KLEBER JOSE ALCENO X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DP...

11674865 - CONTESTAÇÃO (2747126 CONTESTACAO 01)
Junfado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 02/09/2020 09:45:17

02 Sep 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 11674864 - CONTESTAÇÃO
 - 11674865 - CONTESTAÇÃO (2747126 CONTESTACAO 01)
 - 11674866 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROC ADM)
 - 11674867 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 11674870 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 11674872 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

09:47

Microsoft Word - 2747126_CONTESTACAO 1 / 10

2747126- CS/ 2020-03215/ INVALIDEZ


JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SIMPLICIO MENDES/PI

Processo: 08004717620208180075

10:04 02/09/2020



Número: **0800471-76.2020.8.18.0075**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Simplicio Mendes**

Última distribuição : **30/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 3.375,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
KLEBER JOSE ALCENO (AUTOR)	RICARDO CARLOS ANDRADE MENDONCA (ADVOGADO) LUCIANO HENRIQUE SOARES DE OLIVEIRA AIRES (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11674 866	02/09/2020 09:45	PROC ADM	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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 Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190589545

Vítima: KLEBER JOSE ALCENO

Data do Acidente: 20/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), KLEBER JOSE ALCENO

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 14978068





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, 18 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190589545

Vítima: KLEBER JOSE ALCENO

Data do Acidente: 20/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), KLEBER JOSE ALCENO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 20/08/2018, emitido pelo Dr. FREDERICO O. BARROS CRM nº 806 - PI, da Instituição SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01657/01658 - carta_31 - INVALIDEZ

00310829



Carta nº 14988334





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:
	848705083-20	KLEBER JOSE ALCENO
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
KLEBER JOSE ALCENO	848705083-20	
Profissão:	Número:	Complemento:
RECUSA	00385	CASA
Bairro:	Cidade:	Estado:
CENTRO	CONCEIÇÃO DO CANINDE	PIAUÍ
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
	64740-000	189199468-7579

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: 3469	CONTA: 000.201.24	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 base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, CANTO DO BURITI-PI 30/09/19	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1ª Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura
		2ª Nome: _____
		CPF: _____
		Assinatura
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.

FPS.001 V001/2018







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:

848705083-20

KLEBER JOSE ALCENO

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

Nome completo:

KLEBER JOSE ALCENO

CPF:

848705083-20

Profissão:

RECUSA

Endereço:

RUA L 02

Número:

00385

Complemento:

CASA

Bairro:

CENTRO

Cidade:

CONCEIÇÃO DO CANINDE

Estado:

PIAUÍ

CEP:

64740-000

E-mail:

Tel.(DDD):

189199468-7579

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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3467

CONTA:

000.201.24

3

(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.

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, CANTO DO BURITI-PI 30/09/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

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.

FPS.001 V001/2018





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 262865.000063/2019-50

Unidade de Registro: DP DE SIMPLÍCIO MENDES

Resp. pelo Registro: Elinne Sá Araújo

Data/Hora: 24/09/2019 - 11:32

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DP DE CONCEIÇÃO DO CANINDÉ

Data/Hora

20/08/2018 - 09:30

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Município

CONCEIÇÃO DO CANINDÉ

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço

ESTRADA DA LOCALIDADE MORADA NOVA, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: KLEBER JOSÉ ALCENO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1897427 SSP PI

Mãe: TERESINHA PEDRINA ALCENO

Endereço: RUA 2L, Nº 245

Complemento: CENTRO

Bairro: NÃO INFORMADO

Cidade: CONCEIÇÃO DO CANINDÉ

Telefone(s): 89-9446-1722

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA CG 160 FAN ESDI

PIU4367

Branca

Condutor: KLEBER JOSÉ ALCENO

RG: 1897427 Órgão: SSP UF RG: PI

End: RUA 2L Número: 245 Complemento: CENTRO

Cidade: CONCEIÇÃO DO CANINDÉ UF: PI Bairro: NÃO INFORMADO

Proprietário: RONALDO DE SOUSA ANDRADE

Cidade: CONCEIÇÃO DO CANINDÉ UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

QUE na data de 20/08/2018, por volta das 09h30min, estava trafegando com a motocicleta Honda CG 160 Fan, cor branca, Placa PIU-4367, pela estrada da Localidade Morada Nova, zona rural de Conceição do Canindé-PI, quando um animal atravessou a estrada e o noticiante se desequilibrou da motocicleta e caiu; Que por conta do acidente teve lesões no joelho e escoriações pelo corpo; Que foi socorrido por populares e levado para o Hospital de Conceição do Canindé; Que dias após realizou procedimentos médicos na cidade de Picos-PI; Que no dia estava sozinho na motocicleta e usava capacete; Que era o que tinha a relatar.

Elinne Sá Araújo - Mat.
ESCRIVÃO DE POL.

Elinne Sá Araújo
Escritório de Polícia Civil
Mat. 272952-6

KLEBER JOSÉ ALCENO - Noticiante
Responsável pela Informação

Leandro André Luiz Pereira
Delegado Geral de Polícia Civil-PI
Mat.: 136.333-7





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 262865.000063/2019-50

Unidade de Registro: DP DE SIMPLÍCIO MENDES

Resp. pelo Registro: Elinne Sá Araújo

Data/Hora: 24/09/2019 - 11:32

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DP DE CONCEIÇÃO DO CANINDÉ

Data/Hora

20/08/2018 - 09:30

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Município

CONCEIÇÃO DO CANINDÉ

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço

ESTRADA DA LOCALIDADE MORADA NOVA, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: KLEBER JOSÉ ALCENO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1897427 SSP PI

Mãe: TERESINHA PEDRINA ALCENO

Endereço: RUA 2L, Nº 245

Complemento: CENTRO

Bairro: NÃO INFORMADO

Cidade: CONCEIÇÃO DO CANINDÉ

Telefone(s): 89-9446-1722

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA CG 160 FAN ESDI

PIU4367

Branca

Condutor: KLEBER JOSÉ ALCENO

RG: 1897427 Órgão: SSP UF: RG: PI

End: RUA 2L Número: 245 Complemento: CENTRO

Cidade: CONCEIÇÃO DO CANINDÉ UF: PI Bairro: NÃO INFORMADO

Proprietário: RONALDO DE SOUSA ANDRADE

Cidade: CONCEIÇÃO DO CANINDÉ UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

QUE na data de 20/08/2018, por volta das 09h30min, estava trafegando com a motocicleta Honda CG 160 Fan, cor branca, Placa PIU-4367, pela estrada da Localidade Morada Nova, zona rural de Conceição do Canindé-PI, quando um animal atravessou a estrada e o noticiante se desequilibrou da motocicleta e caiu; Que por conta do acidente teve lesões no joelho e escoriações pelo corpo; Que foi socorrido por populares e levado para o Hospital de Conceição do Canindé; Que dias após realizou procedimentos médicos na cidade de Picos-PI; Que no dia estava sozinho na motocicleta e usava capacete; Que era o que tinha a relatar.

Elinne Sá Araújo - Mat.
ESCRIVÃO DE POL.

Elinne Sá Araújo
Escritório de Polícia Civil
Mat. 272952-6

KLEBER JOSÉ ALCENO - Noticiante
Responsável pela Informação

Leandro André Luiz Pereira
Delegado Geral de Polícia Civil-PI
Mat.: 136.333-7





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:

848705083-20

KLEBER JOSE ALCENO

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Tel.(DDD):

E-mail:

CONECÇÃO DO CANINDE

PIAUÍ

64.940-000

189199468-7579

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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3467

CONTA:

000.201.24

3

(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.

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) 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.

FPS.001 V001/2018



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:47:15

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090209451706500000011054577

Número do documento: 20090209451706500000011054577



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:

848705083-20

KLEBER JOSE ALCENO

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

CEP: 00385

CASA

CENTRO

CONCEIÇÃO DO CANINDE

PIAUÍ

64740-000

Tel.(DDD): 189199468-7579

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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3467

CONTA:

000.201.24

3

(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.

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) 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.

FPS.001 V001/2018



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 02/09/2020 09:47:15

http://tpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090209451706500000011054577

Número do documento: 20090209451706500000011054577

Num. 11674866 - Pág. 10



0295167-3

17° da 11:33 Final
027027014
A 100% Sana da 11:33 Final
027027014

GIZELTA ALCENO ADAD
R. 2 L 385 385 B-URBANO
CPF: 00094292620334
SER: 04.140.000 - CONCEICAO DO LANTINDE RGT: 59.523.04.04 1990000

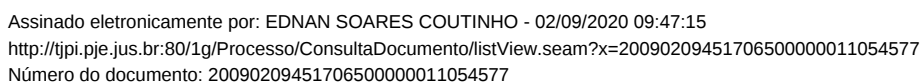
Atual:	17616	Atual:	10/09/2019
Anterior:	17585	Anterior:	09-08-2019
Empresa de Publicação:		Empresa de Publicação:	10-10-2019
Consumo Médio:	28	Consumo Médio:	09-09-2019
Consumo Período:	30	Consumo Período:	10-09-2019
Forma de Pagamento:	FCAN	Forma de Pagamento:	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA						32
Código/Unidade	Líquido	Número de Edições	Preço	Código Fim	Mais 12 meses	
RESID. Bx. RENDA	HOMO	A8583B		1.4.1.1	53	

HISTÓRICO SWN	DATA	DESCRIÇÃO	VALOR	TOTAL
Mês/ano corrente				
AGO/19	57	CONSUMO	30 A R\$ 0,238718 =	7,16
JUL/19	77	DIFERENÇA DE TARIFA		13,30
JUN/19	54	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA		12,26
MAI/19	48	CORREÇÃO MONETÁRIA TCM (2X)		0,31
ABR/19	50	MULTA POR ATRASO (2X)		1,42
MAR/19	45	JUROS POR ATRASO (2X)		0,38
FEV/19	48	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	0,40	
JAN/19	48			
DEZ/18	63			
NOV/18	57			

WATER BOMBS

LIGUE 0800 046 0400 E FAÇA O PCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 09-09-2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.



SEU CÓDIGO
0295167-3

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.743/0001-09, Ins. Estadual 10.321.383-5
Prest. Serv. de Energia Elétrica - Tarifa B-1
Regime Especial de Imposto de Renda para S/AZ 08/96

Nº da Nota Fiscal 027027014
A Nota Fiscal de Energia Elétrica - TSEI, foi emitida
pela LEI nº 12.137 de 20 de maio de 2012.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	17-09-2019	30	10,31

GIZELIA ALCENO ADÃO
R. 2 L 385 385 B-URBANO
CPF: 00094292620334
CNPJ: 00.740.000 - CONCEICAO DO CANINHO ROT: 59.523.08.04.199000

Item	Valor	Data
Atual:	17616	10/09/2019
Anterior:	17588	09-08-2019
Consumo de Medição:		10-10-2019
Consumo Medido:	28	09-09-2019
Consumo Por Estimativa:	30	10-09-2019
Forma de Pagamento:	FCAM	
Valor da Fatura mínima:	32	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Categoria	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Tar.	Medida 12 meses
RESID. Bx. RENDA	HOMO	A8583B		1.4.1.1	53

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	Consumo (KWH)	Valor (R\$)
AGO/19	57	7,16
JUL/19	77	13,30
JUN/19	54	12,26
MAI/19	48	0,31
ABR/19	50	1,42
MAR/19	45	0,38
FEV/19	48	
JAN/19	48	
DEZ/18	63	
NOV/18	57	

DESCRIÇÃO DA CÔPUTAÇÃO
CONSUMO 30 A R\$ 0,238716 = 7,16
DIFERENÇA DE TARIFA 13,30
SUBVENÇÃO BAIXA RENDA 12,26
CORREÇÃO MONETÁRIA TCM (2X) 0,31
MULTA POR ATRASO (2X) 1,42
JUROS POR ATRASO (2X) 0,38
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 0,40

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM
LIGUE 0800 046 0400 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 09-09-2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ronaldo de Sousa Andrade,
RG nº 3.482.883, data de expedição 30/07/10,
Órgão SSP/PZ, portador do CPF nº 066.803.103-42, com
domicílio na cidade de Conceição do Canindé no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua 4/5 Centro, nº 429,
complemento lote, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Kleber José Alcino, cujo o condutor era
Kleber José Alcino.

Veículo: HONDA / CB 160 FAN

Modelo: 2017

Ano: 2018

Placa: PIU - 4367

Chassi: 9C2KC22005R103189

Data do Acidente: 20/08/2018

Local e Data: Conceição do Canindé/PZ, 12/03/2019



Ronaldo de Sousa Andrade
Assinatura do Declarante

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

Cartório do 1º Ofício
PRAÇA PRAÇA SUL, CENTRO - Nº 174, CONCEIÇÃO DO CANINDÉ - PIAUÍ
RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE RONALDO DE SOUSA
ANDRADE, EM TEST. 12/03/2019 DA VERDADE. DOU FE. CONCEIÇÃO DO
CANINDÉ, 12/03/2019 11:29:04

Mônica Patrícia de O. Passos Carvalho
MÔNICA PATRÍCIA DE OLIVEIRA PASSOS CARVALHO - ESCRIVÃ
Emol. R\$ 3.85 TJ: R\$ 0.77 MP: R\$ 0.10 Selo: R\$ 0.26 Total: R\$ 4.98

Mônica Patrícia de O. Passos Carvalho
Escrivã Substituta



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ronaldo de Sousa Andrade,
RG nº 3.482.883, data de expedição 30/07/10,
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 066.803.103-42, com
domicílio na cidade de Conceição do Canindé no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua 4/5 Centro, nº 429,
complemento lote, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Kleber José Alceno, cujo o condutor era
Kleber José Alceno.

Veículo: HONDA / CB 160 FAN

Modelo: 2017

Ano: 2018

Placa: PIU - 4367

Chassi: 9C2KC22005R103189

Data do Acidente: 20/08/2018

Local e Data: Conceição do Canindé/PI, 12/03/2019

1º Ofício

Ronaldo de Sousa Andrade
Assinatura do Declarante

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

Cartório do 1º Ofício
PRAÇA PRAÇA SUL, CENTRO - Nº 174, CONCEIÇÃO DO CANINDÉ - PIAUÍ
RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE RONALDO DE SOUSA
ANDRADE, EM TEST. 12/03/2019 DA VERDADE. DOU FE. CONCEIÇÃO DO
CANINDÉ, 12/03/2019 11:29:04

Mônica Patrícia de O. Passos Carvalho
MÔNICA PATRÍCIA DE OLIVEIRA PASSOS CARVALHO - ESCRIVÃ
Emol. R\$ 3.85 TJ: R\$ 0.77 MP: R\$ 0.10 Selo: R\$ 0.26 Total: R\$ 4.98

Mônica Patrícia de O. Passos Carvalho
Escrivã Substituta





ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CONCEIÇÃO DO CANINDÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Avenida Central, S/N - Fone: (89) 3489.1201 - CEP: 64.740-000 - CNPJ: 06.553.697/0001-04
Conceição do Canindé - Piauí

OBSERVAÇÃO		UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE CONCEIÇÃO DO CANINDÉ	
NOME		ENFERMEIRA	LEITO
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO MEDIÇÃO	EVOLUÇÃO ENFERMAGEM
21/8/18	10/11/2018 7h.30m Ceftriaxona 1g 12/10/18 Ceftriaxona 1g 4 comprimidos 8/18h 12/10/18 12/10/18		21/08/18 às 10:00h paciente da unidade mista unidade última de atendimento com medicação. Queixas com dor, com febre alta com febre 38.5°C. Sinais vitais estáveis + adm. de medi- camento conforme prescrição + evolução clínica

Dr. Frederico Odeon Lira
CRM 806



DADOS PESSOAIS:

NOME: Kleber José Almeida

RG: 1.897.427

CPF: 848.705.083-20

CNS: 703 4002 0983 6313

DATA NASC.: 01/08/1978

ESTADO CIVIL: União Estável

PROFISSÃO: Trabalhador rural

NATURALIDADE: São Paulo SP

SEXO: ☒ MASC ☐ FEM

RESPONSÁVEL: Kleber José Almeida

ENDEREÇO: Praca Sul

BAIRRO: Centros

NOME DO PAI: _____

NOME DA MÃE: Terezinha Patrícia Almeida

DATA DA ADMISSÃO: 20/08/2018

HORÁRIO: 12:00

SAÍDA: 20/08/2018

HORÁRIO: 13:00

GRAU DE INSTRUÇÃO: ☐ NENHUM ☐ FUNDAMENTAL ☐ MÉDIO ☐ SUPERIOR

DOENÇA ATUAL: Paciente hipertenso, com hipertensão, febre sintomática, no joelho e tórax.

EXAME FÍSICO: _____

CLÍNICA MÉDICA
DR. ROBERTO COUTINHO
CRM 806

EXAMES COMPLEMENTARES: _____

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA (HD): _____

RESUMO CLÍNICO DA ALTA: _____

CONDIÇÕES DA ALTA: ☐ CURADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ MELHORA CLÍNICA ☐ ÓBITO

CAUSA DO ÓBITO: ☐ PRIMÁRIA ☐ SECUNDÁRIA





HRJL
Hospital Regional Justino Luz

FEPISERH
Fundação Estadual de Serviços Hospitalares

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
CNPJ 06.553.564/0102-81
- Pça Antenor Neiva, 184 - CEP 64601-391
Picos - PI



Piauí
GOVERNO DO ESTADO

0564876

FICHA DE ATENDIMENTO

Funcionário: Maiana

Data: 29 / 08 / 18

Cartão SUS: _____ Horário de Atendimento: 08 h 12 min

Nome do Paciente: Kleber José Alencar

Data de Nascimento: 02 / 02 / 78 Profissão: _____

Naturalidade: _____ Telefone: _____

Filiação: Mãe: _____

Pai: _____

Endereço: _____ Nº: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____

Religião: _____ Demanda: _____

CPF: _____ RG: _____ Data de Expedição: ____ / ____ / ____

Estado Civil: _____

Médico: _____

Motivo da Consulta: Suspeita de Fratura na Perna + Ferimento

Dados Clínicos:

PA: 150 x 70 mmHg

Nega Alergia.

Prescrição:

Paciente vítima de seq. motorcyclista há ± 8 dias, apresentando edema e hematomas no membro inferior direito na região E. Nega febre. Faz uso de Atb oral e analgésico. *Ch:*

- * Retirar pontos + Ligeira (limpeza)
- * Reavaliação e reposta.



[Assinatura]
Assinatura do Paciente ou Responsável





Paciente:

KLEBER JOSE ALCENO

Idade:

40,3 Ano(s)

Médico:

Guillermo Alayn Vega Infante

Nº do Exame:

234819

Convênio:

SUS

Data:

24/10/2018

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA - JOELHO ESQUERDO

Laudos

METODOLOGIA:

- Exame realizado em equipamento de ressonância magnética com sequências, ponderações e planos específicos para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

ANÁLISE:

- Pequeno derrame articular.
- Os espaços articulares femorotibiais estão preservados.
- Alguns pequenos cistos subcorticais junto às espinhas tibiais.
- Cartilagem de revestimento da patela discretamente heterogênea, com mínimas irregularidades dos seus contornos superficiais em sua faceta medial. Não há comprometimento evidente do seu osso subcondral.
- Discreta heterogeneidade de sinal da cartilagem de revestimento da tróclea femoral central.
- Menisco lateral de morfologia e intensidade de sinal preservados.
- Menisco medial de morfologia habitual, com imagem de hipersinal e orientação oblíqua, em seu corno posterior, com extensão ao corpo, que se aproxima e aparentemente toca as superfícies articulares.
- Nota-se edema no subcutâneo da face anterior do joelho, com discreto aumento das partes moles e associadas imagens de baixo sinal que geram artefatos de susceptibilidade magnética.
- Discreto espessamento e heterogeneidade de sinais das fibras proximais do tendão patelar.
- Ligamentos cruzados e colaterais com continuidade, espessura e sinal conservados.
- Demais estruturas ósseas com morfologia e sinal medular conservados.
- Tendões quadricipital, bíceps femoral distal, poplíteo, trato iliotibial e tendões da pata de ganso sem particularidades.
- Fossa poplíteica sem formações císticas.





**CLÍNICA
PICOENSE
DE RADIOLOGIA**

**RESSONÂNCIA MAGNÉTICA-RAIO-X DIGITAL -MAMOGRAFIA
DIGITAL -TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA -
ULTRASSONOGRFIA -DENSITOMETRIA ÓSSEA**

Paciente:

KLEBER JOSE ALCENO

Idade:

40,3 Ano(s)

Médico:

Guillermo Alayn Vega Infante

Nº do Exame:

234819

Convênio:

SUS

Data:

24/10/2018

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA - JOELHO ESQUERDO

Conclusão

- Pequeno derrame articular.
- Condropatia patelar incipiente.
- Condropatia inicial da tróclea femoral central.
- Alteração degenerativa do corno posterior do menisco medial, com extensão ao corpo, que aparentemente toca as superfícies articulares, sugerindo a possibilidade de lesão. Correlacionar com dados do exame físico.
- Discreto aumento das partes moles e edema no subcutâneo da face anterior do joelho, com imagens de baixo sinal que geram artefatos de susceptibilidade magnética (pelo trauma?).
- Tendinopatia incipiente proximal do patelar.

DRA. LARISSA MACÊDO SOARES
CRM - 3930/PI

DR. WALTER PEREIRA SOARES
CRM - 517/PI





ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CONCEIÇÃO DO CANINDÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Avenida Central, S/N - Fone: (89) 3489.1201 - CEP: 64.740-000 - CNPJ: 06.553.697/0001-04
Conceição do Canindé - Piauí

OBSERVAÇÃO		UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE CONCEIÇÃO DO CANINDÉ	
NOME		ENFERMEIRA	LEITO
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO MEDIÇÃO	EVOLUÇÃO ENFERMAGEM
21/8/18	10/11/2018 75.000g 1.000ml Ceftriaxona 1.0g 12/10/18 Ceftriaxona 1.0g 4 comprimidos 8/18 12/12/18 Dinâmica de 1.0g 12/12/18		21/08/18 às 10:00h paciente da unidade mista unidade última de atendimento com medicação. Queixas de dor, com febre alta com febre 40.0. Febre alta com dor de cabeça + adm. de medi- camento conforme prescrição + evolução clínica

Dr. Frederico Ozam Lit 3577
Cirurgião Geral
CRM 806



DADOS PESSOAIS:

NOME: Kleber José Almeida

RG: 1.897.427

CPF: 848.705.083-20

CNS: 703 4002 0983 6313

DATA NASC.: 01/08/1978

ESTADO CIVIL: União Estável

PROFISSÃO: Trabalhador rural

NATURALIDADE: São Paulo SP

SEXO: ☒ MASC ☐ FEM

RESPONSÁVEL: Kleber José Almeida

ENDEREÇO: Praca Sul

BAIRRO: Centro

NOME DO PAI: _____

NOME DA MÃE: Terezinha Patrícia Almeida

DATA DA ADMISSÃO: 20/08/2018

HORÁRIO: 12:00

SAÍDA: 20/08/2018

HORÁRIO: 13:00

GRAU DE INSTRUÇÃO: ☐ NENHUM ☐ FUNDAMENTAL ☐ MÉDIO ☐ SUPERIOR

DOENÇA ATUAL: Paciente hipertenso, com hipertensão, feito sutura no joelho e fratura

EXAME FÍSICO: _____

EXAMES COMPLEMENTARES: _____

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA (HD): _____

RESUMO CLÍNICO DA ALTA: _____

CONDIÇÕES DA ALTA: ☐ CURADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ MELHORIA CLÍNICA ☐ ÓBITO

CAUSA DO ÓBITO: ☐ PRIMÁRIA ☐ SECUNDÁRIA

CLÍNICA MÉDICA
CSM 806
RATTO
20/08/2018





FEPISERH
Fédération Européenne
des Sociétés de Recherche

90564876

FICHA DE ATENDIMENTO

Funcionário: *Marcelo*

Data: 29 / 08 / 48

Cartão SUS: _____ Horário de Atendimento: 08 h 12 min

Nome do Paciente: Kleber José Alcena

Data de Nascimento: 06 / 02 / 78 Profissão: _____

Naturalidade: _____ Telefone: _____

Mãe: _____

Filiação: _____
Pai: _____

Endereco: _____ Nº: _____

Bairro: CEP: Cidade:

Religião: _____ Demanda: _____

CPF: _____ RG: _____ Data de Expedição: ____/____/____

Estado Civil:

Médico: _____

Motivo da Consulta: Suspeita de Fratura na Perna + Ferimento

Dados Clínicos:

Prescrição:

PA: 150 x 70 mm

Nega Algeria

Nota crítica de recid. microscópica em ± 8 dias,
apresentando edema e hemorragia e consequentemente a lesão foi
potenciada em relação E. Mays (paleo). Faz uso de Atb
oral e parenteral. Obs:

- * Retirar pontos + Ligeira (hemorragia)
- * Reavaliação e repouso.

Luis de F. S. de C. Costa Junior
Sindicado
C.A. 28.28

Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data 30/11/23
Funcionário

Assinatura do Paciente ou Responsável





Paciente:

KLEBER JOSE ALCENO

Idade:

40,3 Ano(s)

Médico:

Guillermo Alayn Vega Infante

Nº do Exame:

234819

Convênio:

SUS

Data:

24/10/2018

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA - JOELHO ESQUERDO

Laudos

METODOLOGIA:

- Exame realizado em equipamento de ressonância magnética com sequências, ponderações e planos específicos para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

ANÁLISE:

- Pequeno derrame articular.
- Os espaços articulares femorotibiais estão preservados.
- Alguns pequenos cistos subcorticais junto às espinhas tibiais.
- Cartilagem de revestimento da patela discretamente heterogênea, com mínimas irregularidades dos seus contornos superficiais em sua faceta medial. Não há comprometimento evidente do seu osso subcondral.
- Discreta heterogeneidade de sinal da cartilagem de revestimento da tróclea femoral central.
- Menisco lateral de morfologia e intensidade de sinal preservados.
- Menisco medial de morfologia habitual, com imagem de hipersinal e orientação oblíqua, em seu corno posterior, com extensão ao corpo, que se aproxima e aparentemente toca as superfícies articulares.
- Nota-se edema no subcutâneo da face anterior do joelho, com discreto aumento das partes moles e associadas imagens de baixo sinal que geram artefatos de susceptibilidade magnética.
- Discreto espessamento e heterogeneidade de sinais das fibras proximais do tendão patelar.
- Ligamentos cruzados e colaterais com continuidade, espessura e sinal conservados.
- Demais estruturas ósseas com morfologia e sinal medular conservados.
- Tendões quadricipital, bíceps femoral distal, poplíteo, trato iliotibial e tendões da pata de ganso sem particularidades.
- Fossa poplíteica sem formações císticas.





**CLÍNICA
PICOENSE
DE RADIOLOGIA**

**RESSONÂNCIA MAGNÉTICA-RAIO-X DIGITAL -MAMOGRAFIA
DIGITAL -TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA -
ULTRASSONOGRAFIA -DENSITOMETRIA ÓSSEA**

Paciente:

KLEBER JOSE ALCENO

Idade:

40,3 Ano(s)

Médico:

Guillermo Alayn Vega Infante

Nº do Exame:

234819

Convênio:

SUS

Data:

24/10/2018

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA - JOELHO ESQUERDO

Conclusão

- Pequeno derrame articular.
- Condropatia patelar incipiente.
- Condropatia inicial da tróclea femoral central.
- Alteração degenerativa do corno posterior do menisco medial, com extensão ao corpo, que aparentemente toca as superfícies articulares, sugerindo a possibilidade de lesão. Correlacionar com dados do exame físico.
- Discreto aumento das partes moles e edema no subcutâneo da face anterior do joelho, com imagens de baixo sinal que geram artefatos de susceptibilidade magnética (pelo trauma?).
- Tendinopatia incipiente proximal do patelar.

DRA. LARISSA MACÊDO SOARES
CRM - 3930/PI

DR. WALTER PEREIRA SOARES
CRM - 517/PI



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERM 1.897.427 DATA DE
EXPEDIÇÃO 17/08/11

NOME
KLEBER JOSÉ ALCENO

FILIAÇÃO
TERESINHA PEDRINA ALCENO

NATURALIDADE
SÃO PAULO-SP DATA DE NASCIMENTO
01/08/1978

DCC. ORDEM
CERT. NASC. 47518 L A040 F 229V
EXP SÃO PAULO-SP 18/12/09

TERCEIRA - PI
848.705.083-20

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Kleber José Alceno
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



**SOLCITAÇÃO DE PEDIDO DE PERICIA ATRAVÉS DA SEGURADORA
LIDER**

À SEGURADORA LIDER:

VITIMA: KLEBER JOSE ALCENO

TELEFONE: (89) 99446-1722

SINISTRO: 3190589545

ENDEREÇO: RUA L 02, Nº 00385 - CENTRO

MUNICÍPIO: CONCEIÇÃO DO CANINDÉ

CEP: 64 740-000

Obs.: Pedido de Pericia através da Seguradora Líder, para reanálise de processo.

Anexos:

I- Atendimento Médico

(X) SIM () NÃO

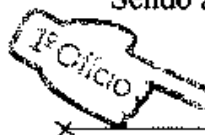
II- Declaração de internação e alta:

() SIM (X) NÃO

Informo a essa respeitada Empresa que sofri acidente de trânsito e adquiri debilidade em decorrência do acidente. No entanto, já encaminhei todos os documentos que possuo referente ao meu tratamento, e mesmo tendo sequelas decorrente do acidente, meu processo foi negado por injustiça, motivo pelo qual, solicito pericia médica a V.Sª.

Esclareço que sou humilde e necessito dessa indenização.

Sendo assim, conto com a colaboração desse órgão.



Kleber José Alceno
Assinatura

PRACA PRIMA SUL - Nº 174 CONCEIÇÃO DO CANINDÉ - PIAUI
RECONHECIMENTO POR COMPARAÇÃO DA FIRMADA A FIRMADA DE KLEBER JOSE ALCENO
EM 28/11/2019 ÀS 14:00 HORAS DA VERDADE. DOU FE CONCEIÇÃO DO CANINDÉ.

Mônica Patrícia de Oliveira Passos Carvalho
Mônica Patrícia de Oliveira Passos Carvalho - ESCRIVÃ
Cadastrada em 17/04/2019 Selo: 0,26 Total: 4,71 Mônica Patrícia de O. Passos Carvalho
Escrivã Substituta



Data: 28/11/2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190589545 **Cidade:** Conceição do Canindé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KLEBER JOSE ALCENO **Data do acidente:** 20/08/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1 P2 P4 P5)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190589545 **Cidade:** Conceição do Canindé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KLEBER JOSE ALCENO **Data do acidente:** 20/08/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1 P2 P4 P5)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

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

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0362235/19

Vítima: KLEBER JOSE ALCENO

CPF: 848.705.083-20

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 20/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KLEBER JOSE ALCENO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

KLEBER JOSE ALCENO : 848.705.083-20

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: 17/10/2019
Nome: KLEBER JOSE ALCENO
CPF: 848.705.083-20

KLEBER JOSE ALCENO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2019
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-0447473/19

Vítima: KLEBER JOSE ALCENO

CPF: 848.705.083-20

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 20/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KLEBER JOSE ALCENO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

KLEBER JOSE ALCENO : 848.705.083-20

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: 12/12/2019
Nome: KLEBER JOSE ALCENO
CPF: 848.705.083-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

KLEBER JOSE ALCENO

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

