

Screenshot of a web browser showing a digital court system interface.

The title bar shows multiple tabs including "Email - Alan", "Controle de...", "Mensagens", "Audiências", "Consulta pro...", "0802857-17", "Baixar o arq...", "(29) What's...", "Reflexos do...", and others.

The address bar shows the URL: [tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/.../listProcessoCompletoAdvogado.seam](http://tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/.../listProcessoCompletoAdvogado.seam)

The main content area displays a document titled "13110803 - CONTESTAÇÃO (2764527 CONTESTACAO 01)" dated "13 Nov 2020".

The left sidebar lists several documents under "JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO":

- 13110802 - CONTESTAÇÃO (2764527 CONTESTACAO 01)
- 13110806 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
- 13110806 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
- 13110807 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
- 13110808 - PROCURAÇÕES

The right panel shows a preview of a document titled "downloadBinario.seam" with page 1 of 9. The document header includes the logo of "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS" and the identifier "2764527-C3/ 2020-04136/ INVALIDEZ". The body of the document reads:  
EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE PARNAIBA/PI

The bottom status bar shows the URL again, along with system icons for Windows, network, battery, and date/time (13/11/2020 14:11).



Número: **0802857-17.2020.8.18.0031**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Parnaíba**

Última distribuição : **08/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>TACIO GOMES DOS SANTOS (AUTOR)</b>	<b>JOSE CICERO FERREIRA FILHO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13110 805	13/11/2020 14:10	<a href="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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

---

Rio de Janeiro, 14 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190580892**

**Vítima: TACIO GOMES DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 15/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOAO MIGUEL NETO**

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

**Senhor(a), TACIO GOMES DOS SANTOS**

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, contados 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 14960923

Pag. 00533/00534 - carta\_01 - INVALIDEZ



00040267



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 14:10:40  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111314103989600000012401542>  
Número do documento: 20111314103989600000012401542

Num. 13110805 - Pág. 1



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

---

Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190580892      Vítima: TACIO GOMES DOS SANTOS

Data do Acidente: 15/12/2018      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO MIGUEL NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TACIO GOMES DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: TACIO GOMES DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000004446

Conta: 000004829-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	057.745.093-03	TACIO GOMES DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	TACIO GOMES DOS SANTOS		
6 - CPF:	057.745.093-03		
7 - Profissão:	RECUSO	8 - Endereço:	AV. JOÃO BATISTA SILVA
9 - Número:	4030		
10 - Complemento:			
11 - Bairro:	IGARACU	12 - Cidade:	PARNAIBA
13 - Estado:	PI.		
14 - CEP:	64.216-885		
15 - E-mail:	(086) 3323.4075		

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		

AGÊNCIA: 4446	CONTA: 4829	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(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 e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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. 39, §1º, cedendo que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

23 - Estado Civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (1º Cóny.)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data da morte da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima (ex)ou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	------------------------------------	------------------------------	------------------------------	---

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Felicíssimos:	30 - Vítima deixou nascituro/nascerad? <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Felicíssimos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
---	------------------------------	---	---	------------------------------	---	------------------------------	---	--	------------------------------

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____
---	--	-------------------------------------

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
---	--------------------------

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____
--	-------------------------------------

40 - Local e Data, _____	Assinatura da testemunha
--------------------------	--------------------------

41- Assinatura da Vítima/beneficiário (declarante)	43 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 101301.001546/2019-19



Unidade de Registro: DP DE LUIS CORREIA

Resp. pelo Registro: Márcio Henrique Ventura De Oliveira

Data/Hora: 27/02/2019 - 11:20

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável:

1º DP DE PARNAÍBA

Data/Hora:

15/12/2018 - 18:00

Tipo Local:

VIA PÚBLICA

Município:

PARNAÍBA

Bairro:

IGARAÇU

Endereço:

AVENIDA ROSAPOLIS, N°:

Complemento:

Ponto de Referência:

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARIA DO AMPARO DOS SANTOS TORRES

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

RG: 1115207 SSPI PI

Mãe: MARIA JOSÉ DA SILVA SANTOS

Pai: FRANCISCO RAIMUNDO DOS SANTOS

Endereço: RUA ANTONIO FIRMINO DA CRUZ, N° 445

Bairro: SÃO VICENTE DE PAULA

Cidade: PARNAÍBA

Telefone(s): 86-9455-8781

Nome: TACIO GOMES DOS SANTOS

Tipo Envolv.: VITIMA

RG: 2809516 SSPI PI

Mãe: MARIA DE FATIMA GOMES DOS SANTOS

Pai: FRANCISCO RAIMUNDO DOS SANTOS

Endereço: TRAVESSA COMENDADOR CORDEZ, N° 100

Bairro: IGARAÇU

Cidade: PARNAÍBA

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 125 FAN

2007 NHU5077 9C2JC30707R206528

00926187996 Preta

Condutor: TACIO GOMES DOS SANTOS

RG: 2809516 Órgão: SSPI UF RG: PI

End: TRAVESSA COMENDADOR CORDEZ Número: 100 Complemento:

Cidade: PARNAÍBA UF: PI Bairro: IGARAÇU

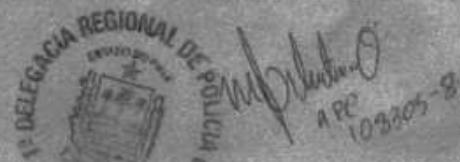
Proprietário: TACIO GOMES DOS SANTOS

End: TRAVESSA COMENDADOR CORTEZ Número: 100

Cidade: PARNAÍBA UF: Bairro: IGARAÇU

RELATO DA OCORRÊNCIA

PARA COMUNICAR QUE NA DATA, HORAS E LOCAL ACIMA, SEU IRMÃO QUALIFICADO ACIMA, O MESMO ESTAVA TRAFEGANDO SUA MOTO CITADA ACIMA, QUANDO O MESMO FOI DESVIAR DE UM BURACO E UM CAMINHÃO NÃO IDENTIFICADO, O QUAL NÃO PRESTOU SOCORRO BATEU NA VITIMA, CAUSANDO UM ACIDENTE, O QUAL O MESMO FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HOSPITAL DIRCEU ARCO VERDE NESTA CIDADE, PASSANDO POR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, O MESMA SOLICITA CERTIDÃO E PROVIDENCIA.



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 14:10:40

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111314103989600000012401542

Número do documento: 20111314103989600000012401542

Num. 13110805 - Pág. 4



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

672 v. 1.0

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 101301.001546/2019-19**

Márcia Henrique Ventura Da Oliveira - Mat. 1063058  
Agente de POLÍCIA

MARIA DO AMPARO DOS SANTOS TORRES - Noticiante  
Responsável pela Informação



Delegado de Polícia



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 14:10:40  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111314103989600000012401542>  
Número do documento: 20111314103989600000012401542

Num. 13110805 - Pág. 5

Scanned by CamScanner



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	057.745.093-03	TACIO GOMES DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	TACIO GOMES DOS SANTOS		
6 - CPF:	057.745.093-03		
7 - Profissão:	RECUSO	8 - Endereço:	AV. JOÃO BATISTA SILVA
9 - Número:	4030		
10 - Complemento:			
11 - Bairro:	IGARACU	12 - Cidade:	PARNAIBA
13 - Estado:	PI.		
14 - CEP:	64.216-885		
15 - E-mail:	(086) 3323-4075		

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 4446 CONTA: 4829

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(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 e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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. 39, §1º, cedendo que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

23 - Estado Civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (1º Cónyuge)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data da morte da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima (ex)ou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Felicidos:	30 - Vítima deixou nascituro/nascerad? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Felicidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
---	--	---	---	--	--

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____
---	--	-------------------------------------

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

Assinatura da testemunha

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, PARNAMBU, PI, 26/09/2019.

*Tacio Gomes dos Santos*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



# 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: 18/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: TACIO GOMES DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04446

CONTA: 000000004829-0

---

Nr. da Autenticação 134DABC4BBC6C719



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 14:10:40  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111314103989600000012401542>  
Número do documento: 20111314103989600000012401542

Num. 13110805 - Pág. 7

<b>cepisa</b>		<b>SEU CÓDIGO</b>																																							
Para contato caso de problema, informe esse NÚMERO! 0140075-4																																									
<b>COMPRAVENDA ENERGÉTICA DO PIAUÍ</b> Av. Maranhão 759 – Centro/Sul – Timon/MA – PI CEP: 65001-000   Fone: (98) 3211-5633-5 Nossa Pecúria / Conta de Energia Elétrica – Série 8-3 Região Integrada de Intermediação autorizada pela SEBRAE/PI/98																																									
<b>CONTA MÊS</b>	<b>VENCIMENTO</b>	<b>Nº da Nota Fiscal</b>																																							
<b>SETEMBRO/2019</b>	<b>01/10/2019</b>	<b>277400680</b>																																							
<b>CONSUMO (kwh)</b>	<b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b>																																								
<b>30</b>	<b>23,00</b>																																								
<b>ANTONIO RODRIGUES DA SILVA METO</b> AV JOSÉ BATISTA SILVA 4026 4026 - JOAIZ SOUZA <b>CPF:</b> 000476783987349 <b>CEP:</b> 64.216-335 - PARNAIBA <b>RG:</b> 161.002.17.11.612780																																									
<b>DADOS DA LEITURA</b> <table border="1"> <tr> <th>Anterior</th> <th>8857</th> <th>Anterior</th> <th>24/09/2019</th> </tr> <tr> <th>Anterior</th> <th>8845</th> <th>Anterior</th> <th>27/08/2019</th> </tr> <tr> <th>Cantilante de Multiplicação:</th> <th>1.000</th> <th>Potência Leitura:</th> <th>24/08/2019</th> </tr> <tr> <th>Consumo Médio:</th> <th>12</th> <th>Entrega: Movimento:</th> <th>23/09/2019</th> </tr> <tr> <th>Consumo Faturado:</th> <th>30</th> <th>Apresentação:</th> <th>24/09/2019</th> </tr> <tr> <th>Fornecimento:</th> <th>MÍNIMO</th> <th>Código de Incorporabilidade:</th> <th>Elas de Consumo:</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>28</td> </tr> </table>			Anterior	8857	Anterior	24/09/2019	Anterior	8845	Anterior	27/08/2019	Cantilante de Multiplicação:	1.000	Potência Leitura:	24/08/2019	Consumo Médio:	12	Entrega: Movimento:	23/09/2019	Consumo Faturado:	30	Apresentação:	24/09/2019	Fornecimento:	MÍNIMO	Código de Incorporabilidade:	Elas de Consumo:				28											
Anterior	8857	Anterior	24/09/2019																																						
Anterior	8845	Anterior	27/08/2019																																						
Cantilante de Multiplicação:	1.000	Potência Leitura:	24/08/2019																																						
Consumo Médio:	12	Entrega: Movimento:	23/09/2019																																						
Consumo Faturado:	30	Apresentação:	24/09/2019																																						
Fornecimento:	MÍNIMO	Código de Incorporabilidade:	Elas de Consumo:																																						
			28																																						
<b>DADOS DA INSCRIÇÃO DO CONSUMIDOR</b> <table border="1"> <tr> <th>Classificação</th> <th>Unidade</th> <th>Número Matrícula</th> <th>Período</th> <th>Código Ref.</th> <th>Média 22 meses</th> </tr> <tr> <td>RESIDENCIAL</td> <td>MÔNO</td> <td>A1201896</td> <td>1.1.1.1</td> <td>37</td> <td></td> </tr> </table>			Classificação	Unidade	Número Matrícula	Período	Código Ref.	Média 22 meses	RESIDENCIAL	MÔNO	A1201896	1.1.1.1	37																												
Classificação	Unidade	Número Matrícula	Período	Código Ref.	Média 22 meses																																				
RESIDENCIAL	MÔNO	A1201896	1.1.1.1	37																																					
<b>DETALHAMENTO DA CONTA</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês/Ano</th> <th>DESCRIPÇÃO DA CONTA</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AGO/19</td> <td>CONSUMO 30 A R\$ 0,713519 =</td> <td>21,34</td> </tr> <tr> <td>JUL/19</td> <td>CORREÇÃO MONETÁRIA IG 06/19-00</td> <td>0,02</td> </tr> <tr> <td>JUN/19</td> <td>MULTA POR ATRASO 08/19-00</td> <td>1,59</td> </tr> <tr> <td>MAR/19</td> <td>JUROS POR ATRASO 08/19-00</td> <td>0,05</td> </tr> <tr> <td>ABR/19</td> <td>ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -</td> <td>1,19</td> </tr> <tr> <td>MAR/19</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>FEV/19</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>JAN/19</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DEZ/18</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NOV/18</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>TARIFA SEM DEDUTOS:</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">0,41 - 00 &lt; 0,020100</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Mês/Ano	DESCRIPÇÃO DA CONTA	Valor	AGO/19	CONSUMO 30 A R\$ 0,713519 =	21,34	JUL/19	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 06/19-00	0,02	JUN/19	MULTA POR ATRASO 08/19-00	1,59	MAR/19	JUROS POR ATRASO 08/19-00	0,05	ABR/19	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	1,19	MAR/19			FEV/19			JAN/19			DEZ/18			NOV/18			<b>TARIFA SEM DEDUTOS:</b>			0,41 - 00 < 0,020100		
Mês/Ano	DESCRIPÇÃO DA CONTA	Valor																																							
AGO/19	CONSUMO 30 A R\$ 0,713519 =	21,34																																							
JUL/19	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 06/19-00	0,02																																							
JUN/19	MULTA POR ATRASO 08/19-00	1,59																																							
MAR/19	JUROS POR ATRASO 08/19-00	0,05																																							
ABR/19	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	1,19																																							
MAR/19																																									
FEV/19																																									
JAN/19																																									
DEZ/18																																									
NOV/18																																									
<b>TARIFA SEM DEDUTOS:</b>																																									
0,41 - 00 < 0,020100																																									

<b>NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM</b>	
<b>LIGUE 0800 005-0006, E FAÇA O PAGAMENTO VENCIMENTO: 01.10.19.20.25.</b> Parabéns! Até o dia 23/09/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.	

<b>DETALHAMENTO DA CONTA</b>	
<b>Consumo:</b>	<b>21,34</b>
<b>Distribuição:</b>	<b>5,76</b>
<b>Energia:</b>	<b>11,11</b>
<b>Transmissão:</b>	<b>1,87</b>
<b>Encargos:</b>	<b>0,92</b>
<b>Itens:</b>	<b>1,68</b>
<b>Base de Cálculo:</b>	<b>21,34</b>
<b>Alíquota ICMS:</b>	
<b>Valor do ICMS:</b>	
<b>Valor do PIS:</b>	<b>1,46%</b>
<b>Valor do COFINS:</b>	<b>0,39%</b>
<b>Alíquota IPI:</b>	<b>6,49%</b>
<b>Valor do IPI:</b>	<b>1,38</b>
<b>INDICADORES DE CONTINUIDADE</b>	
<b>ME:</b>	<b>PC:</b>
<b>Mês</b>	<b>Ano</b>
<b>Mês</b>	<b>Ano</b>
<b>Mês</b>	<b>Ano</b>
<b>Total:</b>	<b>R\$ 0,00</b>
<b>5,15</b>	<b>32,30</b>
<b>24,00</b>	<b>3,49</b>
<b>6,98</b>	<b>13,95</b>
<b>3,63</b>	



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 14:10:40  
<http://tjpi.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011131410398960000012401542>  
Número do documento: 2011131410398960000012401542

Num. 13110805 Pág. 9



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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 Ouvirória: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGUERO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TÉM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOÃO MIGUEL NETO

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 131.334.203 / 30, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

TACIO GOMES DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.745.093/03

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima TACIO GOMES DOS SANTOS

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.745.093/03, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>RUA CAIAPÓS CONJ. JARDIM ESPERANÇA 1</u>	Número:	<u>127</u>	Complemento:
Bairro:	<u>CRISTO REI</u>	Cidade:	<u>PARNAIBA</u>	Estado: <u>PI.</u> CEP: <u>64.215-730</u>
E-mail:				Tel.(DDD): <u>(086) 3323.4075</u>

Local e Data: PARNÁIBA, PI. 26 de Setembro de 2019.

  
Assinatura do Declarante

DIDRL001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 14:10:40  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111314103989600000012401542>  
Número do documento: 20111314103989600000012401542

Num. 13110805 - Pág. 10

Scanned by CamScanner



HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE RUA RODRIGO COIMBRA, POOVIARIA, PARNABA/PI - 64216-470 CNPJ: 06553564015593 (86) 3323-7188 - ( )		Ficha de Atendimento (Form 1) Atendimento: P0365421 Data: 15/12/2018 Funcionário: SILVIA Senha 209	Registro: 192837 Hora: 19:58:00 Tipo: CONSULTA Sexo: MASCULINO SUS
<b>CIO GOMES DOS SANTOS</b> C: 03/09/1988 Idade: 30 A,3 M,12 D AV ROSAPOLIS, 4.016 - E: 2207702 Cor: SEM Mae: MARIA DE FATIMA GOMES DOS SANTOS		CPF: - RG: 2809516 - SUS: 165482795740009 Profissão: LAVRADOR Bairro: IGARACU Cidade: PARNABA/PI Tel.: ( ) -/(86) 9945-58781	Civil: OUTROS CEP: 64200-010
Início: ACOLHIMENTO Documento: 1 - HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE Responsável: TACIO GOMES DOS SANTOS - O MESMO		Temp.: °C Peso: Kg P.A.:	
<b>Procedimentos</b> 5/12/2018 19:58 01 CONSULTA (ACOLHIMENTO) <input checked="" type="checkbox"/> Vermelho - Emergência <input type="checkbox"/> Laranja - Muito Urgente <input type="checkbox"/> Amarelo - Urgente <input type="checkbox"/> Verde - Pouco Urgente <input type="checkbox"/> Azul - Não Urgente			
<b>Sintoma principal:</b> ACIDENTE DE MOTO			
<b>Exame clínico/físico:</b> <p>Paciente vítima de acidente de moto (moto x caminhão), apresentando fraturas expostas de fímes E</p> <p>Paciente sob efeitos de bebida alcoólica</p> <p>A Vias aéreas patológicas, com uso de cobaia cervical</p> <p>B Respirando com sopro de máscara de venturi, Sat 02:99 FR: 16 bpm</p> <p>C Hemodinamicamente estável FC: 116 bpm</p> <p>D Glasgow: prejudicado pelo efeito da bebida alcoólica</p> <p>E Fratura exposta de fímenos E, encarcerada corporis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rinho leito 40-150ml, Dr. I. pop</li> <li>- Di pleura + surp + so, Dr. I. pop</li> <li>- Auxiliadas de traumatologia</li> <li>- Anestesiologia</li> <li>- Cirurgia geral</li> <li>- Neurocirurgia</li> </ul>			
<b>Procedimentos/exames realizados:</b> cervical Ass. Técnico			
<b>Responsável:</b> TACIO GOMES DOS SANTOS			

HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

*[Assinatura]*

Scanned by CamScanner





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL ESTADUAL GOV. DIRCEU ARCOVERDE



## Receituário

ATRATO PARA OS DE-ICOS FINS AVT

TAGO GOMES DUS SANTOS CONVENÇÃO

NESTE SORVÃO PARA CONSULTA MÉDICA

de RECEITURAS de MÉDICO INFÉLIS

PÓS OPERATÓRIO (CIRURGIA) 15/12/18

- SEGURO DA MÉDICO INFÉLIS

com INJETADO PERMANENTE de T930

ADM. de joelhos (Perna total)

11/103/19

Dr. Deodato Narciso  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRMPI 15745  
TEOT 14958

Rua Ricardo Rodrigo Coimbra, 1650  
B. Rodoviária CEP 64.218-470 Parnaíba - PI  
Fone: 3323-7188  
[www.v.heda.pi.gov.br](http://www.v.heda.pi.gov.br)

Scanned by CamScanner



HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE  
RUA RODRIGO COIMBRA, 1650  
PARNAIBA/PI

Nº AIH  
MAYRANN

## BOLETIM DE ADMISSÃO

2837 - TACIO GOMES DOS SANTOS

TROS - Sexo: MASCULINO - 03/09/1988 - 30 A, 3 M, 12 D  
CIRURGIA GERAL Enfermaria: 009- CLINICA CIRURGICA Leito: 0903 Convênio: SUS

Localidade: Médico: 6748 - DEODATO NARCISO  
RG: 2808516 C/N: SIS Prenatal:

Endereço: AV ROSAPOLIS, N° 4.016 - CEP: 64200-010  
Bairro: IGARACU

Cidade: 2207702- PARNAIBA/PI Profissão: LAVRADOR Telefone: ( ) -  
Mãe: MARIA DE FATIMA GOMES DOS SANTOS

Possível responsável: TACIO GOMES DOS SANTOS - ( ) -- O MESMO

Diagnóstico inicial: CIRURGIA - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

*Fratura em 2/4 de Fratura aberta*

Resultado			
Curado		Removido	-48 Horas
Melhorado		Pedido	+48 Horas
Inalterado		Evasão	
Piorado		Indisciplina	
Transferido			

### História Clínica

*Fratura 2/4 de joelho*

*Coronel de Armas*

*Angela*

Diagnóstico Provável

*Dr. Deodato Narciso*  
DEODATO NARCISO

Scanned by CamScanner



## HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

06553664015593

## NOTA DE SALA DE CIRURGIA

PACIENTE: 1027572 TACIO GOMES DOS SANTOS.

ENF/LEITO: 009/0903

DNTUARIO: 192.837

CIO: 21/001 HORA TERMINO: 22:00 HORA DURAÇÃO: 1h

HORA CIRURGIA: *Avulsão rotula direita*1º AUXILIAR: *José Lameira*ANESTESISTA: *Lobato*CIRURGIA: *Descolado*

## MEDICAMENTOS DE SALA

ESPECIFICAÇÃO	UNID	QUANT	ESPECIFICAÇÃO	UNID	QUANT
renalina	amp		Oclodina	amp	
ua etanol 10ml	amp		Pancuronio	amp	
opina	amp	D3	Polidrina 50mg/2ml	amp	01
zimotiazina	amp		Plasil 10mg	amp	
izametazolina 4mg/2ml	amp	01	Propofol 1%, 20ml	amp	
azepam 10mg	amp		Prastigmine	amp	
metil	amp	01	Soro Fisiológico 0,9%, 500ml	fr	D3
opamina	amp		Soro Glicosado 5%, 500ml	fr	
zononid 15mg/3ml	amp		Soro Ringer c/ lactato	fr	D3
loral 10mg/1ml	amp		Sulfato de Magnésio 50%	amp	
niturano	ml		Suxametônio 100mg	fr	
anergam 50mg	amp		Tionembutal	amp	
entani	fr		Transamin	fr	
ialociano	ml		Xilocalina 2% c/ vaso	fr	
taloperidol	amp		Xilocalina 2% c/ vaso	fr	
etalar	fr		Xilocalina 5% (pesada)	fr	
etimergim	amp				
valoxane	amp				
veocaina c/ vaso	amp				
veocaina pesada	amp	01			
Neocaina c/ vaso	amp				

## MATERIAIS DE SALA

ESPECIFICAÇÃO	UNID	QUANT	ESPECIFICAÇÃO	UNID	QUANT
Abocath nº 20	un	1	Algodão c/ agulha nº	env	
Aguia descart. 25x7	un	9	Algodão c/ agulha nº	env	
Aguia p/ raque nº 25G	un	9	Algodão c/ agulha nº	env	
Algodão ortopedico	metro		Algodão c/ agulha nº	env	
Atadura de crepon tam.	rolo		Cat gut simples c/ agulha nº	env	
Atadura passada tam.	rolo		Cat gut simples c/ agulha nº	env	
Dreno de torax	un		Cat gut Crom. c/ agulha nº	env	
Dreno penrose	un		Cat gut Crom. c/ agulha nº	env	
Equipo p/ macrogotas	un		Mononylon nº 2 - 0 10	env	3+1/1
Equipo p/ transfusao sanguinea	un		Mononylon nº	env	
Lâmina p/ bisturi nº 30	un	1	Prolene nº	env	
Lixa eteni nº 0x 16,5/17,5/17,0	par	1/1/1/1	Prolene nº	env	
Lixa p/ proced. nº 27	par	5	Vicryl nº	env	
Scalp nº	un		Vicryl nº	env	
Sonda foley 2 vias nº 16	un	1			
Sonda foley 3 vias nº	un				
Sonda nasogastrica nº	un				
Sonda vesical simples nº	un		02	mm3	
Coletor de urina	un	1	Esgotores de germinante		
Clamp umbilical	un				

UTILIZADO MATERIAL ÓRTESE/ PRÓTESE? SIM  NÃO QUAL O MATERIAL USADO? *Ficula Gitano*SIM  NÃO 

FEZ BIOPSIA?

QUE PEÇA?

ASSINATURA / CARIMBO:

*Romualdo  
Entomologista  
UFSC - RJ*

DATA: 15/11/2010

Scanned by CamScanner





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

 Piauí  
GOVERNO DO ESTADO

## BOLETIM DE ANESTESIA

## MÉDICAMENTOS UTILIZADOS

MEDICAMENTOS COTIZADOS									
Atropina	03	Amp	Dipyradine		Amp	Novocaina		Amp	Rimantidina
Adrenalin		Amp	Dihydroalid		Amp	Nipride		Amp	Ranitidina
Amox. 1000	03	Amp	Eferil		Amp	Horadonatina		Amp	Ranitidina
Closo 200mg		Fras	Efolin	01	Amp	Horexina 0,5% pesada	01	Amp	Ranitidina
Cefotaxima 1g		Amp	Festarin (fras 10)		Amp	Horexina 0,4% levara		Amp	S. Fras 0,5% 0,9%
Chlorzina		Amp	Festarin (fras 10)		Fras	Oncopatina		Fras	S. Blo - 0,5% 2%
Cytokin		Fras	Gentafusina		MI	Pantacolina		Amp	Atrofisina
Desmopantenina	01	Amp	Hidrocortisona		Fras	Profenid		Amp	Tramadol
Disulfum		Amp	Ibuprofeno		MI	Propofol		Fras	Novocaina 0,5% v
Diazep	01	Amp	Ivomep		Fras	Psicofrena		Fras	Lia - dia 25% v
Dizoxina		Amp	Meloxicam		Fras	Quelicina		Fras	Okarina 500 mg
Dobutamina		Amp	Natamox		Amp	Quetamina		Fras	Okarina 500 mg

AnesthesiaOnline - CRM

**Pachaura & Cia**  
Sociedade de Escritório de Serviços / SESAPS  
Av. Presidente Dutra, 500 - Centro Administrativo  
CEP 04510-900 - Brasília, Distrito Federal

Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 14:10:40  
<http://tjpi.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111314103989600000012401542>  
Número do documento: 20111314103989600000012401542

Num. 13110805 - Pág. 17

X

CLÍNICA ORTOPÉDICA		EVOLUÇÃO MÉDICA
PRESCRIÇÃO:	DATA: 25/12/2018	HORÁRIO
DIETA LIVRE		10'DPO: LIMPEZA CIRURGICA + REDUÇÃO +
SF 0,9% 1500ML EV EM 24H		FIXAÇÃO DA FRATURA EXPOSTA DO JOELHO
CEFALOTINA 1G EV 4/4H (D9)		Evolução referindo dores
GENTAMICINA 80MG+100ML SF EV 8/8H (D10)		FO COM BOM ASPECTO
METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H (D10)		RX: OK
DIPRONE 2/8 EV DE 6/6H SN //		APRESENTOU 1 PICO FEVERIL ONTEM
TRAMAL 1AMP IM 8/8H SN //		NOVO HEMOGRAMA
HEPARINA 500UI SC 12/12H		
DIAZEPAM 10MG 1 COMP VO 12/12H		
CURATIVO		
SSW + CEGG	(00) 2604-2408	
<b>HEDA</b>	TACIO GOMES DOS SANTOS	
HOSPITAL ESTADUAL DIRceu ARCOVERDE	12	03



CLÍNICA ORTOPÉDICA		EVOLUÇÃO MÉDICA
PRESCRIÇÃO:	DATA: 24/12/2018	HORÁRIO
DIETA LIVRE		
SF 0,9% 1500ML EV EM 24H		
CEFALOTINA 1G EV 4/4H (D9)		
GENTAMICINA 80MG+100ML SF EV 8/8H (D9)		
METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H (D9)		
DIPIRONA 2/8 EV DE 6/6H SN <i>1000mg</i>		
TRAMAL 1AMP IM 8/8H SN <i>100mg</i>		
HEPARINA 5000UI SC 12/12H <i>10000U</i>		
DIAZEPAM 10MG 1 COMP VO 12/12H		
CURATIVO		
SSM + CCGG		
<b>HEDA</b>		
HOSPITAL ESTADUAL DIREITO ARCOVERDE		
TACIO GOMES DOS SANTOS		
	12	03

02 14 h TAX: 38,6°C

Scanned by CamScanner





GOVERNO  
DO PAUL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

**HED**  
HOSPITAL EQUIPMENT AND DESIGN

PREScrição e EVOLUÇÃO  
DE ENFERMAGEM

OME Tacito fons de PARNASSUS-PIANI de Solis

**PRESCRIÇÃO**

IDADE \_\_\_\_\_ LEITO 12-3 DATA 23/12/18  
 EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM P.º 1.º ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

transado conforme prescr.  
cas nici ca. segue seu  
xepuse no Rio de Janeiro  
Maria Elvira Bento Góes  
Ministra da Fazenda  
CORREIO 10/02/1973  
CPF 004-291-887-3



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 14:10:40

<http://tipi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111314103989600000012401542>

Número do documento: 20111314103989600000012401542

Num. 13110805 - Pág. 20

CLÍNICA ORTOPÉDICA			
PRESCRIÇÃO:	DATA: 23/12/2018	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA
DIETA LIVRE			7ºDPO: LIMPEZA CIRÚRGICA + REDUÇÃO +
SF 0,9% 1500ML EV EM 24H			FIXAÇÃO DA FRATURA EXPOSTA DO JOELHO
CEFALOTINA 1G EV 4/4H (DB)			EVOLUI REFERINDO DORES
GENTAMICINA 80MG+100ML SF EV 8/8H (DB)			FO COM BOM ASPECTO
METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H (DB)			RX: OK
DIPRONE 2/8 EV DE 5/6H			HEMOGRAMA: TÓCADO, COM DESVIO
TRAMAL 1AMP IM 8/8H SN			CD:
HEPARINA 5000UI SC 12/12H			MANTER ATB
DIAZEPAM 10MG 1 COMP VO 12/12H			SOLICITO AVALIAÇÃO NEUROLOGICA
CURATIVO			
SSVV +CCGG			
<b>HEDA</b>			
TACIO GOMES DOS SANTOS	12	03	D- VLR URG MKT- P- L.R.

Scanned by CamScanner



CLÍNICA ORTOPÉDICA			
PRESCRIÇÃO:	DATA: 22/12/2018	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA
DIETA LIVRE			6*DPO: LIMPEZA CIRÚRGICA + REDUÇÃO +
SF 0,9% 1500ML EV EM 24H			FIXAÇÃO DA FRATURA EXPOSTA DO JOELHO
CEFALOTINA 1G EV 4/4H (D7)			EVOLUI REFERINDO DORES
GENTAMICINA 80MG+100MLSF EV 8/8H (D7)			FO COM BOM ASPECTO
METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H (D7)			RX: OK
DIPIRONA 2/8 EV DE 6/6H			HEMOGRAMA: TOCADO, COM DESVIO
TRAMAL 1AMP IM 8/8H 5N			CD:
CURATIVO			MANTER ATB
HEPARINA 5000UI SC 12/12H			Facilite
SSW + CCCG			manejo
<i>12/12/2018</i>	<i>12/12/2018</i>	<i>12/12/2018</i>	<i>12/12/2018</i>
<b>HEDA</b>	<i>TACIO GOMES DOS SANTOS</i>	<i>00-38</i>	<i>03</i>
<i>Assinado eletronicamente</i>			

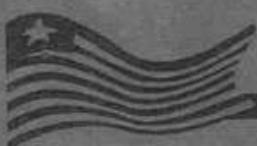
Scanned by CamScanner



CLÍNICA ORTOPÉDICA			
PRESCRIÇÃO:	DATA: 21/12/2018	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA
DIETA LIVRE			
SF 0,9% 1500ML EV EM 24H	Fabuliva 2g Faz 3000ml	06	6ºDPO: LIMPEZA CIRURGICA + REDUÇÃO + FIXAÇÃO DA FRATURA EXPOSTA DO JOELHO
CEFALOTINA 1G EV 4/4H (D6)	Faz 1800ml	06	EVOLUI REFERINDO DORES
GENTAMICINA 80MG+100ML SF EV 8/8H (D6)	Faz 1800ml	06	FO COM BOM ASPECTO
METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H (D6)	Faz 1800ml	06	RX: OK
DIPIRONA 2/8 EV DE 6/6H	Faz 1800ml	06	MANTER ATB
TRAMAL 1AMP IM 8/8H SN	Faz 1800ml	06	SOLICITO NOVO HEMOGRAMA
HEPARINA 5000UI SC 12/12H	Faz 1800ml	06	
CURATIVO			
SSV + CCGG			
<i>HEDÁ</i>	<i>Dr. Bernardo Góes Santos Filho Ortopedista e Traumatologista</i>	14h TAX 34.7°C	18h PA = 110/70mmHg 03
HOSPITAL ESTADUAL DIREITO ANGLO-VERDE	TACIO GOMES DOS SANTOS	12	

Scanned by CamScanner





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE



HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

## EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Scanned by CamScanner



 <b>Sistema Único de Saúde</b> <b>Ministério da Saúde</b>	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>				
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE</b>		2 - CNES <b>8015899</b>			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE</b>		4 - CNES <b>8015899</b>			
<b>Identificação do Paciente</b>					
5 - NOME DO PACIENTE <b>TACIO GOMES DOS SANTOS</b>		6 - N° DO PRONTUÁRIO <b>192837</b>			
7 - CÓDIGO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <b>165482755740009</b>		8 - DATA DE NASCIMENTO <b>03/09/1988</b>			
9 - NOME DA MÃE <b>MARIA DE FATIMA GOMES DOS SANTOS</b>		10 - SEXO <b>MASC X 1 FEM 2</b>			
11 - TELEFONE DE CONTATO <b>(86) 9945-58781</b>					
12 - ENDEREÇO <b>AV ROSA POLIS, 4.016 - IDARACU</b>		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>PARNAIBA</b>			
		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO <b>2207702</b>	15 - UF <b>PI</b>		
		16 - CEP <b>64200-010</b>			
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  <i>Fazendo exposição am joelhos</i>					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO  <i>Completo</i>					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)  <i>ex + exame Fisi D</i>					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL  <i>CIRURGIA</i>		21 - CID PRINCIPAL	22 - CID SECUNDÁRIO		
		23 - CAUSAS ASSOC.			
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  <i>Derrame articular</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA  <i>CIRURGIA GERAL</i>	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO  <i>URGÊNCIA</i>	28 - DOCUMENTO  <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF	29 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  <i>0011529303</i>		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  <i>Deontolo Viana</i>		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO  <i>15/12/2016</i>	32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)		
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b>					
33 - I <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	34 - I <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRAB. TÍPICO	35 - I <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRAB. TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO BILHETE	38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE EMPRESA	41 - CBOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
<input type="checkbox"/> EMPREGADO	<input type="checkbox"/> EMPREGADOR	<input type="checkbox"/> AUTÔNOMO	<input type="checkbox"/> DESEMPREGADO	<input type="checkbox"/> APOSENTADO	<input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO
<b>AUTORIZAÇÃO</b>					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	45 - N° DA AUT. DE INTERNACAO HOSP.			
46 - DOCUMENTO  <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF	47 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO  <i>15/12/2016</i>			
49 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					

Scanned by CamScanner 



## HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

06653664015593

## LAUDO CIRURGICO

* DO ATEND.: 1027672	PACIENTE: TACIO GOMES DOS SANTOS	
DIAGNOSTICO: Fístula crassa em joelhos	OPERACAO:	
ATA: 15/11/18	INTERVENCAO:	
CIRURGIAO: Dr. Rosendo Nogueira	AUXILIARES: Lur e Sten	
ESTESISITA: Nogueira	PRE-MEDICACAO:	
INTERVENCAO:	TERMINO	DURACAO
DESCRICAO DO ATO OPERATORIO (TECNICA, LIGADURA, DRENAGEM, FECHAMENTO)		
1) Monitorização		
2) Assesão + 1º semi - + lavagem clínica Enxugamento		
3) Cândidos + Desbridamento + Lavagem extra		
4) Fixação ferida cl manto articular de gelatina		
5) Curativo		
6) Ignitudo Segundo tempo cirúrgico		

## LAUDO DO ANESTESISTA

ESTESISITA: INICIO	TERMINO	DURACAO
PO DE ANESTESIA:	AGENTE	VOLUME

## MEDICACAO NA S. O.

0		
10		
20		
30		
40		
50		
60		
70		
80		
90		
100		

Scanned by CamScanner



CLÍNICA ORTOPÉDICA		EVOLUÇÃO MÉDICA	
PRESCRIÇÃO:	DATA: 20/12/2018	HORÁRIO	
DIETA LIVRE			
SF 0.9% 1500ML EV EM 24H	1º dia 2º dia 3º dia		5º DPO: LIMPEZA CIRÚRGICA + REDUÇÃO +
CEFALOTINA 1G EV 4/4H (D5)	1º dia 2º dia 3º dia		FIXAÇÃO DA FRATURA EXPOSTA DO JOELHO
GENTAMICINA 80MG+100ML SF EV 8/6H (D5)	1º dia 2º dia 3º dia		EVOLUI BEM
METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H (B5)	1º dia 2º dia 3º dia		FO COM BOM ASPECTO
DIPIRONA 2/8 EV DE 6/6H	1º dia 2º dia 3º dia		RX: OK
TRAMAL 1AMP 8/8H	1º dia 2º dia 3º dia		CD:
HEPARINA 5000UI SC 12/12H	1º dia 2º dia 3º dia		MANTER ATB
CURATIVO			
SSV + CCGG			

**HEDA**

TACIO GOMES DOS SANTOS

12

De 10/12/2018  
Osteosíntese  
osteosíntese

HOSPITAL ESTADUAL DIREÇÕE ARCO-IDE

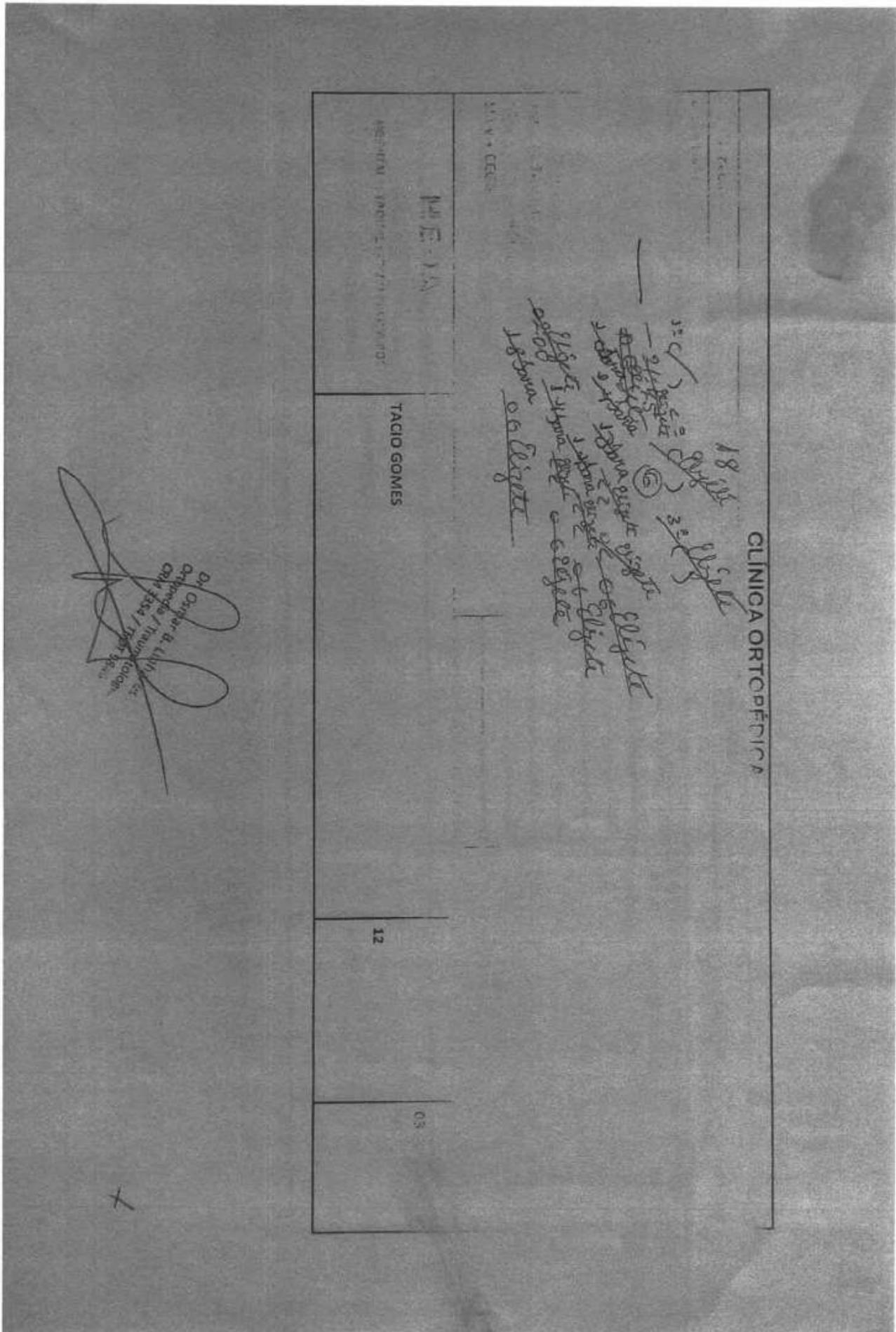
Scanned by CamScanner 23



DIETA LIVRE	DATA: 19/12/2018	CLÍNICA ORTOPÉDICA
HORÁRIO		EVOLUÇÃO MÉDIA
SF 0,9% 1500ML EV EM 24H J.S. C / z - 500g 3°C		4PO DE LIMPEZA CIRURGICA+REDUCAO FRATURA EXPOSTA DO JOELHO
DIPRORNA 2/8 EV DE 5/6HS N		EVOLUI BEM
VOLTAREN 75 MG IM DE 12/12 S/N		FO COM BOM ASPECTO
CEFALOTINA 1G EV 4/4H (D4)		RX:OK
GENTAMICINA 80MG+100ML SF EV 8/8H (D4)		
METRONIDAZOLE 500MG EV 8/8H (D4)		
TRAMAL 1AMP 2/8H 30-50MG VM PR 12/12H		
HEPARINA 5000UI SC 12/12H		
RETIRAR SONDA VESICAL	OK	
SSVV + CCGG		

Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 14:10:40  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111314103989600000012401542>  
Número do documento: 20111314103989600000012401542

Num. 13110805 - Pág. 29

CLÍNICA ORTOPÉDICA			
PRESCRIÇÃO:	DATA: 17/12/2018	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA
DIETA LIVRE			2. PO DE LIMPEZA CIRÚRGICA+REDUÇÃO+FIXAÇÃO
5% 0,9% 1500ML EV EM 24H	13/12/2018		DA FRATURA EXPOSTA DO JOELHO
DIPIRONA 2/8 EV DE 6/6H SN - 12,5ML(0,5L/12)			EVOLUI BEM
VOLTAREN 75 MG IM DE 12/12H			RXOK
CEFALOTINA 1G EV 4/4H (D2)			
GENTAMICINA 80MG+100MLSF EV 8/8H (D2)			
METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H (D2)			
TRAMAL 1AMP IM 8/8H SN			
HEPARINA 5000UI SC 12/12H			
SSV + CCGG			
<b>HEDA</b>	<i>Almeida Cirurgião Traumatologista CRM-PI 20227 RG: 2463</i>		
TACIO GOMES		12	03
HOSPITAL ESTADUAL DIRceu ARCOVERDE			

Scanned by CamScanner



PRESCRIÇÃO:	DATA: 16/12/2018	CLÍNICA ORTOPÉDICA	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA.
DIETA ZERO ATÉ SEGUNDA ORDEM				FRATURA TORNOCOLO
SF 0,9% 1500ML EV EM 24H				PRÉ OP OK
DIPIRONA 2/8 EV DE 6/6H SN ATENDEU				AGUARDA CIRURGIA
VOLTAREN 75 MG IM DE 12/12 SINAUTÔMICO 100MG 100MG				
CEFALOTONA 1G EV 4/4H (D1) 1000MG 1000MG				
GENTAMICINA 80MG+100ML SF EV 8/8H (D1) 1000MG 1000MG				
METRONIDAZOL 500MG EV 8/8H (D1) 1000MG 1000MG				
TRAMAL 1AMP IM 8/8H SN ALIVIO DOR 1000MG 1000MG				
HEPARINA 5000UI SC 12/12H 10000MG 10000MG				
SSW+CCEG				
<b>HEDA</b>				
HOSPITAL ESTADUAL DILCEU ARCOVERDE				
TACIO GOMES				
	12	03		

Scanned by CamScanner





## GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE  
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE  
PARNAÍBA - PIAUÍ



### PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Hospital Estadual Dirceu Arcoverde

NOME \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Tárcio Gomes dos Santos  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ IDADE 30 ANOS  
\_\_\_\_\_ DATA 15 / 12 / 18

PRESCRIÇÃO \_\_\_\_\_  
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM \_\_\_\_\_  
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM \_\_\_\_\_

HORÁRIO  
8m 15 da 2018 às 20:40, quando  
volvendo de aulas, apresentava  
falta de energia, dispneia  
no CC prossiguiu de PG para o  
ambulatório de Ufesas do MIE.  
Complainte: fadiga, cansaço, re-  
tratoras, com AFP no M5/M6. Des-  
corridos odemas medicaram-se  
(SIC). Aguardava entubação extubá-  
ção. Adm. E.P. FMN Parâns Almeida  
McGinnis, AD  
ENFERMEIR:  
SOREN-PI



**T-JDA**

RUA RODRIGO COIMBRA, 1.650 - RODOVIARIA  
Fone: (86) 3323-7188  
CEP: 64216-470 - PARNAMBA/PI

Data de Nascimento: 03/09/1988  
IDADE: 30 A, 3 M, 12 D  
Nº DO ATENDIMENTO: 1027672  
ENF: 009  
LEVO: 0903

Data de Nascimento	Endereço
03/09/1988	AV ROSA POLIS, 4.016 - IGARACU PARNAIBA/PI

Paciente:  
**TACIO GOMES DOS SANTOS**

Prescrição Enfermagem  
Horário de Medicação  
QUANT  
Evolução Enfermagem

15/10/18	Dia 18	Diria Gomes dos Santos e filhos da clinica	
2	Sport 1000ml ev 650		
3	Refil 1000ml ev 650		
4	Gutamox 80g + PA 100ml ev 800		
5	WT amilox 40g ev 800		
6	Diria 18 ev 800ml		
7	Fun 1000ml ev 800ml		
8	Aceponix 5000ml SC 1000ml		
9	Subato RE FT		
10	SSW + CEB		

Scanned by CamScanner





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 14:10:40  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111314103989600000012401542>  
Número do documento: 20111314103989600000012401542

Num. 13110805 - Pág. 34



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 14:10:40  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111314103989600000012401542>  
Número do documento: 20111314103989600000012401542

Num. 13110805 - Pág. 35

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: TACIO GOMES DOS SANTOS  
RG: 2.809.516 Órgão Emissor: SSP-PI. CPF: 057.745.093-03  
Nacionalidade: BRASILEIRO Esta. Civil: SOLTEIRO Profissão: RECUSO  
Endereço: AV. JOÃO BATISTA SILVA Nº: 4020  
Bairro: IGARACU CEP: 64.216-885 Cidade/UF: PARNAIBA-PI.  
Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

### OUTORGADO:

Nome: JOÃO MIGUEL NETO  
RG: 10.1515-69 Órgão Emissor: PM-PI. CPF: 131.334.203-30  
Nacionalidade: BRASILEIRO Esta. Civil: CASADO Profissão: RECUSO  
Endereço: RUA CAIAPÓS CONJUNTO JARDIM ESPERANÇA 1 Nº: 127  
Bairro: CRISTO REI CEP: 64.215-730 Cidade/UF: PARNAIBA-PI.  
Telefone: ( )(086)3323.4075 ( )(086)99412.1349 ( )(086)99997.3115

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a que confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de Indenização referente ao 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 e solicitar reagendamento, podendo substabelecer a praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à:

Vitima: TACIO GOMES DOS SANTOS  
CPF: 057.745.093-03 Data do Acidente 15 / 12 / 2018.  
Cobertura solicitada:  Invalidez Permanente  DAMS  Morte

2º Ofício

PARNAIBA, PI. 26 de Setembro de 2019.

Local e data

Tacio Gomes dos Santos

Assinatura do Outorgante ( reconhecer firm)

**CARTÓRIO BEZERRA**

2º Ofício - Parnaíba - PI

Maria Teresa Mendes Bezerra Lima

Maria Alvaro Mendes Bezerra Lima

Maria Fernanda Mendes Bezerra Lima

Cartório do 2º Ofício de Notas  
AVENIDA PRESIDENTE GETULIO VARGAS, CENTRO - N°164, PARNÁIBA  
RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE TACIO GOMES DI  
EM TEST. 26/09/2019 DA VERDADE, DOU FÉ. PARNÁIBA, 07/10/2019  
FOLIO AA15869 - BNYM CONSULTE EM [www.tjpi.jus.br](http://www.tjpi.jus.br)

MARIA TERESA MENDES BEZERRA LIMA - ESCRIVENTE  
Endr. R\$ 3,85 TJ: R\$ 0,77 MP: R\$ 0,10 Selo: R\$ 0,26 Total: R\$ 4,98



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0355354/19

**Vítima:** TACIO GOMES DOS SANTOS

**CPF:** 057.745.093-03

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 15/12/2018

**Titular do CPF:** TACIO GOMES DOS SANTOS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### JOAO MIGUEL NETO : 131.334.203-30

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

#### TACIO GOMES DOS SANTOS : 057.745.093-03

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/10/2019  
Nome: JOAO MIGUEL NETO  
CPF: 131.334.203-30

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2019  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

JOAO MIGUEL NETO

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/11/2020 14:10:40  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111314103989600000012401542>  
Número do documento: 20111314103989600000012401542

Num. 13110805 - Pág. 37

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3190580892 Cidade: Parnaíba Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: TACIO GOMES DOS SANTOS Data do acidente: 15/12/2018 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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

Data da análise: 15/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DE FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO E FIXAÇÃO) E ALTA MÉDICA. (P2 P4 P16 P20)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequelas

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

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

