
Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190699717

Vítima: FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS

Data do Acidente: 27/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190699717

Vítima: FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS

Data do Acidente: 27/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS

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 tornozelo 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: FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 00000762266-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

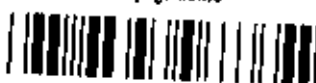
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: _____

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

Nome completo: FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS CPF: _____
Profissão: REC. MECANICO Endereço: RUA RUP BARROSA 890 Número: 890 Complemento: _____
Bairro: CESTAO Cidade: PETROPOLIS Estado: RJ CEP: 24001-090
E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

DADOS CADASTRAIS

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

RENDAMENTO:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO CASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: 2004 CONTA: 762266 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

MORTE

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: PETROPOLIS - 02/04/2019

Nome: FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS

CPF: 240.572.313-15

Francisco Ruyter Silva Barros

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º 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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvitoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES

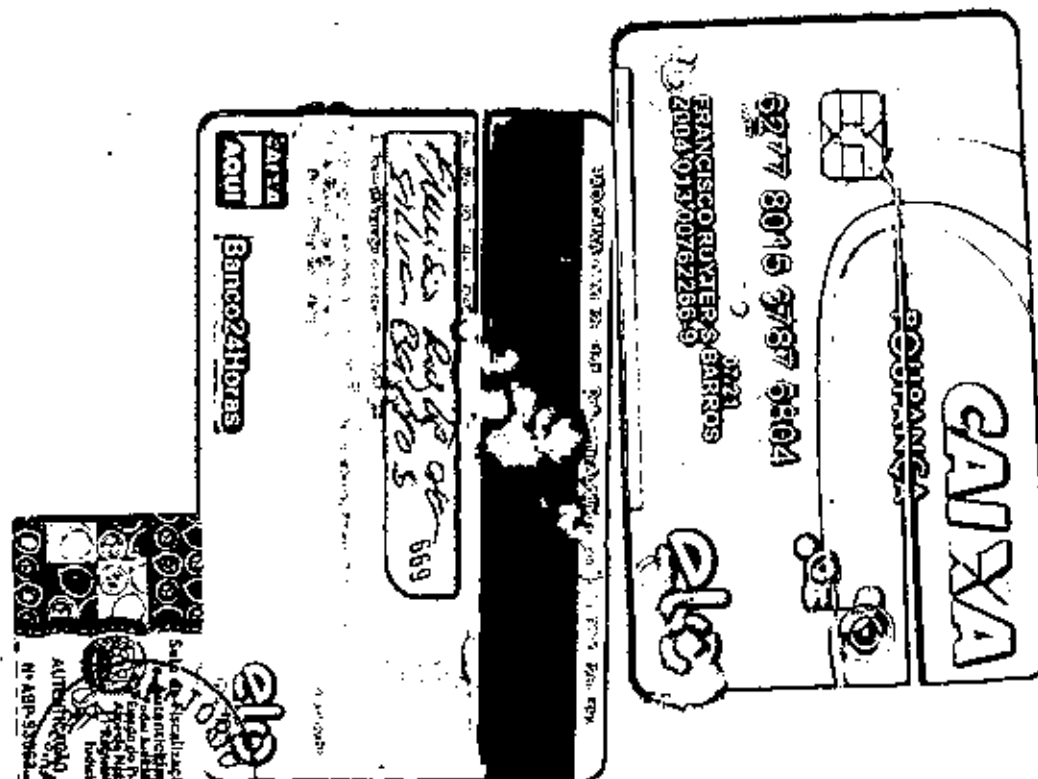
1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos. * nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.

EM BRANCO

EM BRANCO

EM BRANCO

EM BRANCO



Ofício de Notas e Registro de Imóveis
RUA ELISEU MARTINS, Nº 1114 - Centro - CEP: 64.000-120 - Teresina - Piauí - Fone: (66) 3221-0999 - Fax: (66) 3221-6821

Ofício de Notas e Registro de Imóveis - 8ª Cart. Extrato do Extrato Barbosa Pereira
Rua Eliseu Martins, nº 1114 - Centro - CEP: 64.000-120 - Teresina - Piauí - Fone: (66) 3221-0999 - Fax: (66) 3221-6821

CERTIFICO QUE A PRESENTE REPRODUÇÃO REPROGRÁFICA COLORIDA
CONFERE COM O ORIGINAL APRESENTADO EXIBIDA NESTAS NOTAS
EM TEST. DA VERDADE: DOU FE. TERESINA. 18/09/2018 15:59:53

Glória Veral da Silva
GLÓRIA VERAL DA SILVA - ESCRIVENTE COMPROMISSADA
Emor. R\$ 2,35 TJ; R\$ 0,48 Seló; R\$ 0,26 Total: R\$ 3,13

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:

240.572.313-15

4 - Nome completo da vítima:

Francisco Ruyter da Silva Barros

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

5 - Nome completo:

Francisco Ruyter da Silva Barros

6 - CPF:

240.572.313-15

7 - Profissão:

Reluso

8 - Endereço:

R. Rui Barbosa

9 - Número:

890

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

64.000-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(86) 999823093

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:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2004

CONTA: 762266

9

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos; Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos; Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PE 13/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

12V

392 v. 1.0
BOLETIM DE OCORRÊNCIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003556/2018-53

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Pelo Registro: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 08/10/2018 - 14:39

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. JOAQUIM RIBEIRO, Nº:

Complemento

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

Data/Hora

27/04/2018 - 07:20

RECEBIDO

08 ABR 2019

Seguradora Líder DPVAT

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS

RG: 506391

Mãe: IZABEL JACOB DA SILVA BARROS

Endereço: RUA RUI BARBOSA, Nº 890

Bairro: CENTRO SUL

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8863-5897

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/BIZ, ANO 2012/2013, PLACA OEG-0506, PROPRIETÁRIA MARIA ROSA PEREIRA DE OLIVEIRA, CPF 91386179353, RELATA QUE TRAFEGAVA NA CITADA AVENIDA, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO QUE ESTAVA NA SUA FRENTE DEU UMA FREADA BRUSCA, ONDE A VITIMA PARA NÃO COLIDIR FREOU E DESVIOU, ONDE O GUIDON VIROU E O MESMO CAIU, LESIONADO FOI SOCORRIDO POR TERCEIRO, ENCAMINHADO PARA A CLINICA CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA, ATENDIMENTO 262652, FATO TESTEMUNHADO POR JOSE DE ANCHIETA CARVALHO, CPF 420.580.153-04. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616

AGENTE DE POLÍCIA

Almiralce R. Lebre Carlos

Esdrivã Especial

Mat.: 009761-6

Francisco Ruyter da Silva Barros
FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003556/2018-53

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resposta pelo Registro: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 08/10/2018 - 14:39

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. JOAQUIM RIBEIRO, Nº:

Complemento

Data/Hora

27/04/2018 - 07:20

566699

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS

RG: 506391

Mãe: IZABEL JACOB DA SILVA BARROS

Endereço: RUA RUI BARBOSA, Nº 890

Bairro: CENTRO SUL

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8863-5897

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/BIZ, ANO 2012/2013, PLACA OEG-0506, PROPRIETÁRIA MARIA ROSA PEREIRA DE OLIVEIRA, CPF 91386179353, RELATA QUE TRAFEGAVA NA CITADA AVENIDA, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO QUE ESTAVA NA SUA FRENTE DEU UMA FREADA BRUSCA, ONDE A VITIMA PARA NÃO COLIDIR FREOU E DESVIOU, ONDE O GUIDON VIROU E O MESMO CAIU, LESIONADO FOI SOCORRIDO POR TERCEIRO, ENCAMINHADO PARA A CLINICA CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA, ATENDIMENTO 262652, FATO TESTEMUNHADO POR JOSE DE ANCHIETA CARVALHO, CPF 420.580.153-04. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Kátia Maria Evangelista - Mat.
ESCRIVÃO DE POI

Francisco Ruyter da Silva Barros
FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS - Noticiante
Responsável pela Informação

Lucy Keiko Leal Parreira
Delegada Geral de Polícia Civil-PI
Mat.: 195.331-7

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:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: 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 a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Centro Ortopedico Teresina Ltda	Convênio	PLAMTA
Paciente FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS	Data	27/04/2018 13:57
Idade 20/03/1964 - 54 anos	Pront. No.	0023441
Médico DR CLARINDO VERAS	Situação	Fechado
Peso 0,00 Kg	Altura	0,00 m

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS:

HORA	PRESSAO	FR	FC	TEMP.	Saturacao	Glicemia	Responsável
27/04/2018 14:40	150 x 100mmHg	0irm	0bpm	0°C	0%	0mg/dL	GSS
27/04/2018 17:31	150 x 90mmHg	0irm	77bpm	35,8°C	98%	0mg/dL	GSS
27/04/2018 23:19	140 x 90mmHg	0irm	78bpm	35,9°C	97%	0mg/dL	AAD

Evolução:

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL
27/04/2018 20:29	Segue em POI por fratura em tornozelo E. Calmo, consciente, orientado, fásico, em repouso no leito. HV em MSE com boa infusão, sem sinais flogísticos. Curativo oclusivo + tala tipo bota em MIE. Aceita dieta oferecida VO. Diurese em observação. Sono e repouso satisfatórios. Sem queixas álgicas no momento. COREN 397716ENF PI AMANDA AMORIM DIAS	Amanda Amorim Dias Enfermeira COREN-PI 397.116

anotação:

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL
27/04/2018 13:57	Admitido para tratamento cirúrgico por fratura EM TORNOZELO E. Vítima de queda DE MOTOCICLETA. 52 anos, 66 Kg. Acompanhado DA ESPOSA, proveniente da cidade de TERESINA. Deambulando COM AUXILIO DE CADEIRA DE RODAS. Curativo oclusivo + tala GESSADA TIPO BOTA. Nega DM. INFORMA HAS, FAZ USO DA MEDICAÇÃO: NAPRIX, Desconhece alergia medicamentosa. SEGUE JEJUM DESDE AS 08:00HS DA MANHA DE HOJE. Eliminações fisiológicas presentes. CALMO, FASICO, CONSCIENTE, Raio x em anexo no prontuário. COREN 1201536TE PI GALDEVINA SOARES DA SILVA	
27/04/2018 14:43	REALIZADO ECG E ANEXADO AO PRONTURIAIO.	COREN 1201536TE PI GALDEVINA SOARES DA SILVA
27/04/2018 17:28	Retornou do CC em POI por FRATURA EM TORNOZELO E, sob efeito de anestesia raqui. HV em MSE com boa infusão, sem sinais flogísticos. Curativo oclusivo EM FO COM TALA GESSADA TIPO BOTA, CALMO, FASICO, CONSCIENTE, Orientado quanto a liberação da dieta e os efeitos pós anestésicos. Diurese em observação. Sem queixas álgicas no momento. Realizou raio x de controle.	COREN 1201536TE PI GALDEVINA SOARES DA SILVA

Multidisciplinar:

Centro Ortopedico Teresina Ltda

Pac.	FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS	Data	27/04/2018 14:04
Idade	54 Anos 1 Meses 7 Dias	Pront.	0023441
Médico	GALDEVINA SOARES DA SILVA	Presc.	Página: 1/1
Leito	APARTAMENTO	Peso/Alt.	0,00 Kg 0,00 m

1	Dieta branda após RA,	
2	Soro glicosado 5%, 500ml EV, em 24 hora(s) Soro Fisiológico 0,9%, EV, 500ml, 24h	

EVOLUÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

	MEDICAÇÃO	HORÁRIO
3	Ceftriax 1g + AD, EV, 12/12	(H) 15 03
4	Tilatil 20mg + AD, EV, 12/12	(H) 15 03
5	Dipirona 3cc + AD, EV, 6/6h	(H) 15 23 03
6	Ranitidina 50mg + AD, EV, 8/8h	(H) 22 06
7	Tramal 100mg + 100ml SF 0,9%, EV, 8/8h	(H) 23
8	Nausebron 4mg + AD, EV, 8/8h, S/N	(H)
9	Diazepam 10mg, VO, S/N	(H)
10	Captopril 25mg, VO, 8/8h, Se PAS > 140 ou PAD > 90 mmHg	(H)
11	Manter medicações de uso rotineiro do paciente	(H)
12	SSV + CCGG	(H)

DR CLARINDO VERAS
CRM 999-PI

HAS

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: 07/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000762266-9

Nr. da Autenticação 88CC872E266F85BC

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 739 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual 18.301.383-5
Nota Fiscal / Carta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imprescrita autorizada pela SEFAZ 06/90

Nº da Nota Fiscal: 010297862

A Carta Social da Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.435 de 26 de abril de 2002.

DATA FISCAL	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2018	19/09/2018	250	586,40

MAGNOLIA PEREIRA DOS SANTOS
R. RUI BARBOSA 890 - B-URBANO
CPF: 00011208562304
CEP: 64.000-000 - TERESINA

64001-090

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	32232	Atual:	27/08/2018
Anterior:	31982	Anterior:	24/07/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	26/09/2018
Consumo Medido:	250	Entrega:	23/08/2018
Consumo Estimado:	250	Apresentação:	05/09/2018

Tipo de Consumo:	NORMAL	34
------------------	--------	----

Classificação	Descrição	Número Medidor	Posto	Código Fiel	Medida
---------------	-----------	----------------	-------	-------------	--------

RESIDENCIAL	MONO	A1420693		1.1.1.1	2018
-------------	------	----------	--	---------	------

HISTÓRICO DE CONSUMO	ANÁLISE DA CONTA
JUL/18 30	CONSUMO 250 A R\$ 0,892699 = 223,17
AUG/18 30	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 18,12
MAI/18 30	DESC. S/MULTA PARCELAM. ESPECIAL 3,86
ABR/18 261	DESC. S/JUROS PARCELAM. ESPECIAL 5,51
MAR/18 30	DESC. S/COR. MON. PARCELAM. ESPECI 0,44
FEV/18 30	CANC. DESC. S/JUR. PARCELAM. ESPEC 11,02
JAN/18 314	CANC. DESC. S/COR. MON. PARCELAM. E 0,88
DEZ/17 213	CANC. DESC. S/MUL. PARCELAM. ESPEC 7,72
NOV/17 302	CORRECAO MONETARIA IGPIM (2X) 13,66
OUT/17 780	MULTA POR ATRASO (2X) 12,70
	PARCELAMENTO DE DEBITOS (3X) 1.300,92
	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER 8,02
	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 12,48

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 26/09/2018. Caso não pagamento, a empresa poderá suspender o fornecimento de energia elétrica. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

07/2018 310,27

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

COMPOSIÇÃO DA CONTA		VALORES A PAGAR	
Distribuição:	43,11	Valor da Conta:	0,00
Energia:	81,97	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	12,89	Valor do ICMS:	60,25
Encargos:	13,06	Valor do PIS:	2,12
Tributos:	72,34	Valor do COFINS:	0,77

5,08	10,15	20,30	3,43	6,85	13,70	2,86
0,00			0,00			0,00
TERESINA						
Eletrobras Distribuição Piauí		SEU CÓDIGO 0000568-8		06/2018 8,75		
		MÊS FATURADO 08/2018		TOTAL A PAGAR - R\$ 586,40		
		VENCIMENTO 19/09/2018				

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 739 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual 18.301.383-5
Nº da Nota Fiscal: 010297862 - FEMP

SEQ.: 00021 UC: 0000568-8 DT. LEIT.: 27/08/2018 T. ENTR.: 04
LEITURA: 32232 NORMAL TOTAL: 586,40 CARGA: 001
DT. VENC.: 19/09/2018 IRREG.: 030 COLETOR: 9084

EM BRANCO

EM BRANCO

Ofício de Notas e Registro de Imóveis - Cartório de Notas de Teresina - Piauí

Para contato com o Cartório: CEP: 64.000-000 - Teresina - PI. Fone: (085) 2221-9999 - Fax: (085) 2221-9999

CERTIFICADO QUE A PRESENTE COPIA CONFERE COM A ORIGINAL, PARTE DE REG. EM DOCUMENTO, EXIBIDO NESTAS NOTAS EM TEST. DA VERDADE. DOU FE. TERESINA, 18/09/2018 15:56:43

GLYVIA VERAS DA SILVA - ESCRIVENTE COMPROVADA
EIMC: R\$ 2,35 T.J: R\$ 0,18 Selo: R\$ 0,26 Total: R\$ 3,13

EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA

RUA JOÃO CABRAL, 730

CENTRO SUL - TERESINA - PI - CEP: 64.001-010

CNPJ: 06.840.748/0001-89 IE: 193013835

Atendimento: 0800 086 0800 www.equatoriapiui.com.br

Ouvidoria: 0800 721 0164 (08:00 - 12:00 e 14:00 - 17:30h)

B-URBANO -

CEP 64.000-000 - TERESINA - PI

CPF 112.085.623-04 RG 93503 SSP PI 18-08-99

Roteiro: 001.03.12.059500

Para contato com a empresa,
informe este número

Código Único

0000668-8

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL : Fone 167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares						
Emissão	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Data Próxima Leitura	Dias de Consumo	Apresentação	Mês Faturado
02/12/2019	28/10/2019	27/11/2019	26/12/2019	30	04/12/2019	11/2019
Cod. Fat.	Classe/Subclasse	Ligação	Poste	Forma Faturamento	Motivo FD	Número FD
1.1.1.1	Residencial	Monofásica				
Consumo	Medidor	Leit. Atual	Leit. Anterior	Constante Fatur.	NPL	Cons. Medido
	A2161663	2558	2558	1,00000	5	Cons. Faturado
						30

Histórico	kWh	Composição da Tarifa	Itens Faturados	Tar. sem impostos	Valor
10/2019	233	TUSD (*)	Consumo 30 kWh a 0,710452	0,654331	21,31
09/2019	299	TE (*)	Parcelamento De Debitos (2X)		224,51
08/2019	203	Transmissão	Desc.S/Multa Parcelam.Especial (2X)		-1,50
07/2019	225	Encargos	Desc.S/Juros Parcelam.Especial (2X)		-4,92
06/2019	251	Tributos	Desc.S/Cor.Mon.Parcelam.Especial 25/120		-0,44
05/2019	239		Adicional Bandeira Amarela - 0,04		
04/2019	238		Adicional Bandeira Vermelha - 1,12		
03/2019	228				
02/2019	397				
01/2019	245				
12/2018	170				
11/2018	165				
Média		Pis 1,4091 % - 0,30			
12 meses	241	Cofins 6,4904 % - 1,38			

Indicadores de Continuidade: 09/2019					Contas em Débito			
Cj: 315 - TERESINA	EUSD	R\$ 105,87			Mês/Ano	FD	Vencimento	Valor
Meta Mensal	Realizado	Trimestral	Anual		10/2019	0	12/11/2019	479,17
DIC 5,08	0,00	10,15	20,30		07/2019	0	05/08/2019	472,34
FIC 3,43	0,00	6,85	13,70					
DMIC 2,86	0,00	0,00	0,00					

NOTIFICAÇÃO DE CONTA VENCIDA

As faturas ao lado relacionadas encontram-se sem quitação até esta data, sujeitando a suspensão de fornecimento de energia elétrica a essa unidade consumidora, conforme Art. 173 da Resolução ANEEL 414/2010. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do consumidor no SPC e SERASA. Caso já tenha efetuado o pagamento, desconsidere este aviso.

Mês/Ano	FD	Vencimento	Valor
10/2019	0	12/11/2019	479,17

Total de Conta(s) Pendente(s) R\$ 1.996,72

=> Tensão Contratada - 220V Faixa Adequada - 200 a 231V

=> Ligue para 0800 086 0800 e faça opção de vencimento de sua conta 1 5 10 15 20 25

=> As informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores, para consulta, nos postos de atendimento e na página da internet desta distribuidora.

Base de Cálculo	Aliquota	Valor do ICMS
0,00	0,00	0,00

Reservado ao Fisco
7508.92C6.BEF7.1751.2712.7C07.6B0C.B4FD

Vencimento
06/12/2019

Valor a Pagar
R\$ 238,96

Facilite sua vida! Evite filas e multas! Autorize o
débito de sua conta de energia em sua conta bancária.
Código para débito automático: 0000668-8

EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE EN

UC	Mês Faturado	No. FD	TC
00006688	11/2019	00	6

Vencimento
06/12/2019

Valor a Pagar
R\$ 238,96

83660000002 7 38960017000 2 00000000000 0 66881119006 9



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

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 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM 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 Maria do Carmo Procondonio da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703 / 114, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco Ruyter da Silva Barros inscrito (a) no CPF sob o Nº 240.572.313 / 15

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Francisco Ruyter da Silva Barros

inscrito (a) no CPF sob o Nº 240.572.313 / 15, 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 Henrique Dias</u>	Número: <u>790</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Vermelha</u>	Cidade: <u>Terresina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64089-330</u>	Tel. (DDD): <u>86</u> / <u>99982-3093</u>

Local e Data: Terresina - PI 13 / 12 / 2019

Maria do Carmo Procondonio da Silva
Assinatura do Declarante

Declaração de Proprietário do Veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA ROSA PEREIRA DE OLIVEIRA
RG nº 2.058 472, data de expedição 19/05/1999
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 913 861 793-53 com
domicílio na cidade de TIMON - MA, no Estado de

RUA Nº 15 C-28-15, nº _____

complemento 24 declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
27 DE ABRIL 2018, cujo o condutor era

FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARRO

Veículo:

Modelo: MONZA 312 125 ES

Ano: 2012

Placa: 0EG 0506

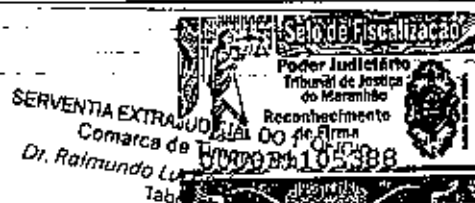
Chassi: 9C2JC4820 DR 308 641

Data do Acidente:

Local e Data: AV. JOAQUIM RIBEIRO / 27 ABRIL 2018
PRÉVIO COLÉGIO PROCLAMAR

MARIA ROSA PEREIRA DE OLIVEIRA

Assinatura do Declarante



Reconhecido como semelhante(s) a(s) firma(s) do:
MARIA ROSA PEREIRA DE OLIVEIRA
Em Testemunho da verdade:
Timon - MA, 08.10.2018
Ruth Maria de Oliveira
Escritor Substituta



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

☎(86) 99991-0176

LAUDO RADIOLÓGICO

NOME: FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS
RX: TORNOZELO ESQ
DATA: 27/04/2018

CONCLUSÃO:

FRATURA RECENTE ALINHADA NO MALEOLO LATERAL
PRESENÇA DE PLACAS E PARAFUSOS METÁLICOS

Dr. Carlos Augusto Moura Fé
CRM 1341
Radiologista

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada

Centro Ortopedico Teresina Ltda		Convênio	PLAMTA
Paciente	FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS	Data	27/04/2018 13:57
Idade	20/03/1964 - 54 anos	Pront. No.	0023441
Médico	DR CLARINDO VERAS	Situação	Fechado
Peso	0,00 Kg	Altura	0,00 m

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS:

HORA	PRESSAO	FR	FC	TEMP.	Saturacao	Glicemia	Responsável
27/04/2018 14:40	150 x 100mmHg	0irm	0bpm	0°C	0%	0mg/dL	GSS
27/04/2018 17:31	150 x 90mmHg	0irm	77bpm	35,8°C	98%	0mg/dL	GSS
27/04/2018 23:19	140 x 90mmHg	0irm	78bpm	35,9°C	97%	0mg/dL	AAD

Evolução:

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL
27/04/2018 20:29	Segue em POI por fratura em tornozelo E. Calmo, consciente, orientado, fásico, em repouso no leito. HV em MSE com boa infusão, sem sinais flogísticos. Curativo oclusivo + tala tipo bota em MIE. Aceita dieta oferecida VO. Diurese em observação. Sono e repouso satisfatórios. Sem queixas algicas no momento. COREN 397716ENF PI AMANDA AMORIM DIAS	Amanda Amorim Dias Enfermeira COREN-PI 397.716

anotação:

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL
27/04/2018 13:57	Admitido para tratamento cirúrgico por fratura EM TORNOZELO E. Vitima de queda DE MOTOCICLETA. 52 anos, 66 Kg. Acompanhado DA ESPOSA, proveniente da cidade de TERESINA. Deambulando COM AUXILIO DE CADEIRA DE RODAS. Curativo oclusivo + tala GESSADA TIPO BOTA. Nega DM. INFORMA HAS, FAZ USO DA MEDICAÇÃO: NAPRIX. Desconhece alergia medicamentosa. SEGUE JEJUM DESDE AS 08:00HS DA MANHA DE HOJE. Eliminações fisiológicas presentes. CALMO, FASICO, CONSCIENTE, Raio x em anexo no prontuário. COREN 1201536TE PI GALDEVINA SOARES DA SILVA	
27/04/2018 14:43	REALIZADO ECG E ANEXADO AO PRONTURIAIO.	COREN 1201536TE PI GALDEVINA SOARES DA SILVA
27/04/2018 17:28	Retornou do CC em POI por FRATURA EM TORNOZELO E, sob efeito de anestesia raqui. HV em MSE com boa infusão, sem sinais flogísticos. Curativo oclusivo EM FO COM TALA GESSADA TIPO BOTA, CALMO, FASICO, CONSCIENTE. Orientado quanto a liberação da dieta e os efeitos pós anestésicos. Diurese em observação. Sem queixas algicas no momento. Realizou raio x de controle.	COREN 1201536TE PI GALDEVINA SOARES DA SILVA

Multidisciplinar:

Centro Ortopédico Teresina Ltda

Pac.	FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS	Data	27/04/2018 14:04
Idade	54 Anos 1 Meses 7 Dias	Pront.	0023441
Médico	GALDEVINA SOARES DA SILVA	Presc.	Página: 1/1
Leito	APARTAMENTO	Peso/Alt.	0,00 Kg 0,00 m

1	Dieta branda após RA,	
2	Soro glicosado 5%, 500ml EV, em 24 hora(s) Soro Fisiológico 0,9%, EV, 500ml, 24h	

EVOLUÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

	MEDICAÇÃO	HORÁRIO
3	Ceftriax 1g + AD, EV, 12/12	03/15
4	Tilatil 20mg + AD, EV, 12/12	03/15
5	Dipirona 3cc + AD, EV, 6/6h	03/15
6	Ranitidina 50mg + AD, EV, 8/8h	23/03
7	Tramal 100mg + 100ml SF 0,9%, EV, 8/8h	22/06
8	Nauseidron 4mg + AD, EV, 8/8h, S/N	23/06
9	Diazepam 10mg, VO, S/N	(H)
10	Captopril 25mg, VO, 8/8h, Se PAS > 140 ou PAD > 90mmHg	(H)
11	Manter medicações de uso rotineiro do paciente	(H)
12	SSVV + CCGG	(H)

DR CLARINDO VERAS
CRM 999-PI

HAS



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA
C.N.P.J. 07.224.108/0001-07 - Fone: (86) 3230-7900
Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - CEP 64.001-490

Print.: 0023441 Adm: 27/04/2018 Hrs: 13:42
FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARRIOS
Cvt: PLANTA Mt: 07779803
Med: DR CLAUDIO VERRAS Usu: HGA
Dt. Nas: 20/03/1964 CPF: 24057231315

BOLETIM DE INTERNAÇÃO

Diag. Provisório: _____
Diag. Principal: Int. torção f. de quadril esquerdo
Causa Mortis: torção f.
Histo patológico: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

Dr. Claudio Verras Neto

Tratamento TIPO:

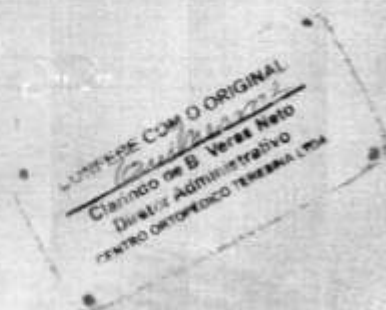
() Nenhum () Médico () Cirúrgico () Médico-Cirúrgico/Eficácia
() Eficaz () Ineficaz () Prejudicial () Não avaliado

SAÍDA:

() Curado () Melhorado () Inalterado () A pedido
() Decisão Médica () Evasão Data: ____/____/____ Hora: ____

TRANSFERÊNCIA:

() Fisiologia () Psiquiatria () Outros



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA
Claudio de B. Verras Neto
Diretor Administrativo

Visto do Diretor do Hospital



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA
C.N.P.J. 07.224.108/0001-07 - Fone: (86) 3230-7900
Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - CEP 64.001-490

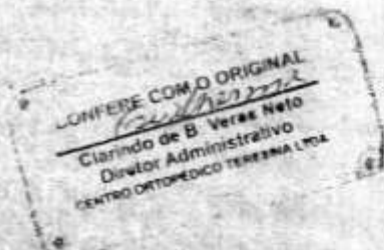
TERMO DE RESPONSABILIDADE

1. Assumo plena responsabilidade com as despesas médico/hospitalar do paciente internado nesta casa de saúde por ordem médica.
 - 1.1. Todas as despesas, como DIÁRIAS, TAXAS, MÉDICOS, etc.: procurar informar-se no momento da internação, com a TESOUREARIA e ou RECEPCIONISTA.
 - 1.2. A quitação da conta hospitalar/médico deverá ser feita no momento da ALTA do paciente, no seguinte horário:
MANHÃ: 07:30 às 11:30;
TARDE: 13:30 às 17:30hs.
 - 1.3. A liberação do PACIENTE está condicionada a quitação do débito, junto a tesouraria.
 - 1.4. Pagamento com CHEQUE, na liquidação de sua conta deverão ser feitos com cheques distintos, tanto para o hospital, como para os médicos.
 - 1.5. Cheques fora da praça, só será aceito com apresentação de um documento de identificação e telefone para contatos.
 - 1.6. Todos os pertences dentro do Apto/Suite, serão conferidos. Qualquer dano material será debitado nas despesas do usuário.
 - 1.7. A Clínica não se responsabilizará por quaisquer objetos e valores desaparecidos ou extraviados em suas dependências.
 2. Pacientes de convênios com direito a enfermaria que optarem por apto ou suite pagará uma diferença de diária e também uma complementação sobre honorários médicos, de acordo com tabela da AMB.
 - 2.1. As internações de URGÊNCIA/EMERGÊNCIAS que não forem autorizadas pelo convênio serão pagas pelo assistido ou seu responsável.
 - 2.2. MEDICAMENTOS que não forem pagos pelo CONVÊNIO, serão pagos pelo PACIENTE.
 - 2.3. Paciente particular e Econômico, o depósito cobrirá somente a quantidade de dias estabelecida na permanência citada e se houver complicações pós-cirurgia, o Paciente pagará as diárias, medicações e exames se necessários.
 3. Tratando-se de cirurgia, estou ciente e consciente dos riscos cirúrgicos e das complicações que podem advir, em consequência do ato cirúrgico e o anestésico.
 4. No caso de falecimento, caso a família não tome as providências necessárias, estas serão tomadas pela Clínica de acordo com as normas legais.
- CIENTE DAS MEDIDAS, declaro para os fins que aceito.

Teresina(PI), 27 de Abril de 2018

Frachirley Santos Soares
Ass. Legível do Responsável

CPF: _____
RG: _____
END: _____





CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA
C.N.P.J. 07.224.108/0001-07 - Fone: (86) 3230-7900
Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - CEP 64.001-490

Front.: 0023441 Adm: 27/04/2018 Hrs: 13:42
FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS
Dir: PLANTA - Hrs: 0777803
Med: DR. CLAUDIO VERAS Usuz HSA
Dt. Nasc: 20/03/1964 CPF: 24057231315

BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA

Diagnóstico: Lesão tendão + fratura do punho
Operação: osteotomia tendão + Reparo do punho
Cirurgião: Cláudio Veras
1º Auxiliar: Marta 2º Auxiliar: Wendy
Instrumentador(a): Wendy Circulante: Wendy
Técnica e Tática Cirúrgica: Aberto, tendão, punho, fratura do punho, punho, fratura do punho
Fratura do punho, punho, fratura do punho

MEDICAMENTOS

Adrenalina 2:	Haloperidol 85:	Ringer lactado 500ml 134:
Água destilada 500ml 256:	Halothano 86:	Solucofrel 500mg 153:
Água destilada 10ml 11:	Heparina sc 87:	Soro fisiol. 1000ml 164:
Aminoflina 18:	Ketalar 193:	Soro fisiol. 500ml 165:
Atropina 24:	Narcan 244:	Soro glico. 500ml 166:
Cefalotina 1g 93:	Neocaina 0,5% clad 115:	Thiopental 1g 1:
Decadron 4mg 275:	Neocaina 0,5 % isobárica 117:	Tilatil 20mg 173:
Dimorf 0,2mg 51:	Neocaina 0,5 % pesada 118:	Tracur 273:
Dimorf 1mg 52:	Neocaina 0,5 % s/ad 116:	Valium amp 46:
Dolantina 53:	Neomicina pom 119:	Vaselina tb 180:
Dormire 15mg 54:	Novalgina amp 121:	Xilestesin gel 182:
Droperidol 190:	Pancuron 274:	Xilocaina 2% clad 183:
Efortil 61:	Pentil 130:	Xilocaina 2% s/ad 184:
Fentanil 10ml 61:	Propofol 10mg 272:	Zotfran amp 185:
Fentanil 2ml 77:	Prostigmine 200:	Ceftriaxona 017A
Gentamicina 80mg 77:	Quelcion 201:	transalix 017A
Glicose 50% 242:	Revivan 202:	

MEDICAMENTOS

Água oxigenada 13:	Colutor de urina 36:	Micropore 25mm 72:
Agulha desc. 06:	Compressa G 39:	Plexufix G 24 270:
Agulha peritural 18 G 7:	Compressa P 36:	Polifix 2 vias 199:
Agulha raque 25 G 8:	Dreno penrose 260:	Pupi degermante 131:
Agulha raque 26 G 14:	Equipo macrogota 191:	Pupi tópico 132:
Agulha raque 27 G 9:	Equipo sangue 192:	Scalp 142:
Agulha raque 29 G 10:	Esparadrapo 56:	Seringa 1 ml 148:
Alcool a 70% 15:	Eter 58:	Seringa 10 ml 150:
Alcool iodado 258:	Formol 76:	Seringa 20 ml 151:
Algodão bola 255:	Gases S.O. 40:	Seringa 5 ml 149:
At. Algodão ortop. 20:	Geico 80:	Sonda foley 156:
At. Crepe 10 cm 21:	Gorro descartável 268:	Sonda uretral 160:
At. Crepe 15 cm 22:	Iodo a 2% 88:	Vaselina líquida 179:
At. Crepe 20 cm 19:	Lamina bisturi 194:	
At. Gessada 20 cm 23:	Luva procedimento 98:	
Borracha látex 264:	Luvax 7 5/8 96:	
Cateter intravenoso 286:	Mascaras disc 198:	
Cateter peritural 269:	Micropore 12 5mm 71:	

FIOS

Cera Óssea /W31G/ 187:	Monobond /3/Y936H/ 106:	Polycot /0/SPA45T/ 282:
Cromado /0/902T/ 290:	Monobond /4/Y426H/ 107:	Polycot /2/SPA45T/ 283:
Cromado /1/903T/ 279:	Monobond /isolat/4-0/1111/ 111:	Polycot /3/SPA45T/ 284:
Dermabond 285:	Monobond /2-0/ 1215/ 108:	Prolene /2-0/8411T/ 281:
Ethibond /2-0/X520T/ 59:	Monobond /3-0/1163/ 109:	Vicril /1/US617H/ 179:
Ethibond /5MB463/ 80:	Monobond /4-0/1129/ 110:	Vicril /1-0/J340H/ 278:
Monobond /0/Y358H/ 104:	Monobond /5-0/14501/ 113:	
Monobond /2/Y345H/ 105:	Monobond /6-0/14500/ 113:	

Data: 27/04/18

Cirurgião - CRM: Cláudio Veras

Cláudio Veras
CRM 999 P-2
Ortopedia e Traumatologia

Milton Castelo B.B. Filho
CRM 2004 P-1
Ortopedia e Traumatologia

Anestesia:

Dopamine

Risco(ASA):

II

AGENTES ANESTÉSICOS		O ₂		Halothano		OBSERVAÇÕES	
LÍQUIDO	MSF	14	100	X: monitorar sat + uso da msc (60) 1) Cetirixone 20W 2) Dexametazona 0.5% (glicose 500ml 20, 25, 30 use msc) com Dop. 12mg + morfina 60mg. 3) Diprione 20W 4) Tetracaina 40mg 5) Dexametazona 0.5% 6) Ondansetron 4mg 7) Insuf.			
	(50)	100	ml				
TEMPERATURA	C	240					
PRESSÃO ARTERIAL V A	38	200					
PULSO	36	160					
INÍCIO E FIM DA ANESTESIA X	34	120					
INÍCIO E FIM DA OPERAÇÃO	32	80					
RESPIRAÇÃO O	30	20					
SÍMBOLO				DURAÇÃO			
TÉCNICA				01:00h			
AGENTES				Dopamine			
JUSTIFICATIVA				Bup. Hipotensão 0.5%, uso fixo insuf.			

LIQUIDOS	PAC. TRANSFUNDIDO	OXIGÊNIO/h	PROTO. DE AZOTO/h	AR COMPRIMIDO/h
SF 0.9% : 1000 ml	GS RH	Início:	Início:	Início:
SG 5% : ml	Conc. Hem. ml unid	Térn:	Térn:	Térn:
ml	ml unid	Durac:	Durac:	Durac:
ml	ml unid	l/m	l/m	
TOTAL : 1000 ml	ml unid			

EQUIPAMENTOS

Bisturi: () elétrico () bipolar	Intensificador de imagem ()	Garrote pneumático
Serra elétrica: () osso () gesso	Aparelho endoscópico ()	Oxímetro
Perfurador: () elétrico () bateria	Desfibrilador ()	Ulipirador
Raio X na sala ()	Aspirador ()	Fibra ótica
Monitor cardíaco ()	Lupa cirúrgica ()	

MATERIAIS E PRÓTESES

Drenagem: Placa 1/3 unid	Quantidade	P 0.5 furo 3.5mm	Quantidade
Fio Kirschner: 0.5 unid	Quantidade	Prótese:	
Fio Steinmann: 0.5 unid	Quantidade	Acetábulo:	
Fio vazado: 0.5 unid	Quantidade	Haste Kirschner:	
Fio seclagem: 0.5 unid	Quantidade	Fixador externo:	
Fio guia 4 furos: 0.5 unid	Quantidade		
Grampos de Blount: 0.5 unid	Quantidade		
Placa n.º:	Quantidade		

Data: 27 / 04 / 18

Anestesista - CRM:

Dr. Felipe de Sousa Faccenda
CRM PI 6048
Anestesista

Centro Ortopedico Teresina Ltda		Convênio	PLAMTA
Paciente	FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS	Data	28/04/2018 06:00
Idade	20/03/1964 - 54 anos	Pront. No.	0023441
Médico	DR CLARINDO VERAS	Situação	Em aberto
Peso	0,00 Kg	Altura	0,00 m

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS:

HORA	PRESSÃO	FR	FC	TEMP.	Saturacao	Glicemia	Responsável
28/04/2018 06:00	150 x 10mmHg	0irm	54bpm	35,8°C	97%	0mg/dL	LAP

--	--	--	--

Evolução:

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL
(HORA1)	(TEXTO1) (RESP1)	

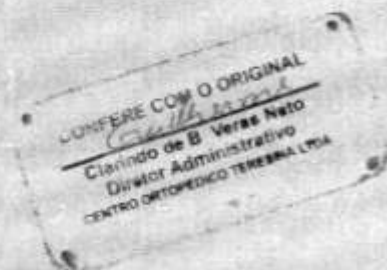
anotação:

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL
28/04/2018 06:00	Paciente segue sem queixas algicas. COREN 731079TE PI LEILA DE ARAUJO PEREIRA	
28/04/2018 09:50	Avaliado pelo médico assistente, retirada h. venosa + alta hospitalar.	COREN 54764TE PI JOAO BATISTA DA S MONTEIRO

João Batista da Silva Monteiro
TEC. ENFERMAGEM

Multidisciplinar:

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL

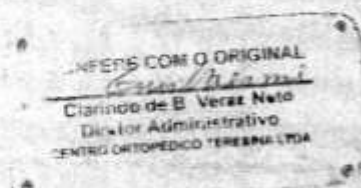


Centro Ortopedico Teresina Ltda

Pac.	FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS	Data	28/04/2018 07:00
Idade	54 Anos 1 Meses 7 Dias	Pront.	0023441
Médico	AMANDA AMORIM DIAS	Presc.	Página: 1/1
Leito	APTO E	Peso/Alt.	0,00 Kg 0,00 m

1		
EVOLUÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:		
	MEDICAÇÃO	HORÁRIO
2	Realizar troca de curativo	(H)
3	Retirar hidratação venosa	(H)
4	Alta hospitalar após orientações	(H)

DR CLARINDO VERAS
CRM 999-PI





COT - Centro Ortopédico Teresina Ltda

Av. Miguel Rosa, 3360 - Centro (Sul)
Teresina - PI 64001-490

Página 1 de 2

Sr.

FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS

RUA RUI BARBOSA, 890 - CENTRO / S - Teresina - PI

Teresina, 23 de Outubro de 2018

questionando laudo dpvat
esclarecido.

CLARINDO VERAS
CRM-PI 999

Teresina, 13 de Setembro de 2018

boa evolução de movimentos no tornozelo eq.
rx de tornozelo eq. fr. consolidada d. emal lateral a eq. 14
liberado de alta, sem restrição.
dpvat

CLARINDO VERAS
CRM-PI 999

Teresina, 30 de Julho de 2018

deambulando sem muleta.
rx de tornozelo eq. fr. consolidada de mal lateral a eq. 14
iniciar fisioterapia.

CLARINDO VERAS
CRM-PI 999

Teresina, 29 de Junho de 2018

sem dores.
rx de tornozelo eq. fr. em fase final de consolidação de mal lateral a eq. 14.
manter uma muleta.
30 dias para retorno.

CLARINDO VERAS
CRM-PI 999

Teresina, 12 de Junho de 2018

boa evolução de movimentos de tornozelo eq.
iniciar carga.
retornar com 18 dias.

CLARINDO VERAS
CRM-PI 999

Teresina, 29 de Maio de 2018

movimentos livres de tornozelo eq.
rx de tornozelo eq. fr. em consolidação de mal lateral a eq. 14
manter sem carga.
15 dias.

CLARINDO VERAS
CRM-PI 999





COT - Centro Ortopédico Teresina Ltda

Av. Miguel Rosa, 3360 - Centro (Sul)
Teresina - PI 64001-490

Página 2 de 2

Continuação

Teresina, 17 de Maio de 2018

sem dores.

retirar tala pontos.

ATESTADO para esposa.

CLARINDO VERAS

CRM-PI 999

Teresina, 4 de Maio de 2018

operado dia 27/04/18, fratura de mal lateral a esq.

sem dores.

retirar tala.

atestado para esposa.

CLARINDO VERAS

CRM-PI 999

Teresina, 27 de Abril de 2018

alega acidente com moto, que caiu por cima do tornozelo esq, na via publica. sic
dores na face lateral de tornozelo esq.

rx de tornozelo esq. frat de mal lateral a esq, com desvio.

tala bota.

indicado cirurgia.

internado para cirurgia.

atestado para esposa.

CLARINDO VERAS

CRM-PI 999

Teresina, 9 de Setembro de 2009

DOR EM COLUNA LOMBAR JOELHOS E PLANTA DOS PES ESPORADICA PRINCIPALMENTE QUANDO
ESTA SENTADO E VAI LEVANTAR

ALMIR REBELO FILHO

CRM-PI 2972



Paciente: PRONT 0023441 FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS

COT
FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS
ID: PRONT 0023441
DATA 20180427
CONT

02/05/2018
02:07:27
W: 4096
ZOOM: 181
No IM
IMG ATU
AD

SER

W: 4096
ZOOM: 181
No IM
IMG ATU
AD



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 506.391 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/06/18

NOME FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS

FILIAÇÃO IZABEL JACOB DA SILVA BARROS
JOSÉ DE OLIVEIRA BARROS

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 20/03/1964

SOC. ORDEM CERT. CASAM. 9241 L B28 F 229

CPF EXP TERESINA-PI 29/10/15
240.572.313-15

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"

POLEGAR DIREITO

Assinatura Ruyter da Silva Barros

SIGNATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190699717 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO RUYTER DA SILVA **Data do acidente:** 27/04/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A
BARROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM TORNOZELO ESQUERDO, COM FRATURA DE MALÉOLO LATERAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 1/6/12

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO 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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



LAUDO DE EXAME PERICIAL - L. CORPORAL-ACID. TRÂNSITO

Identificação do Laudo:

Pag: 1 de 1

Código: 113827	Tipos: L. CORPORAL-ACID.	Requerente: DELEGACIA DE ACIDENTES	Cidade: TERESINA-PI
Data Requisição: 11/10/2018	Remeter para: O mestre (a)	Data Exame: 12/03/2019	Hora Exame: 14:17
Local Exame: I.M.L.		Emissão do Laudo: 12/03/2019 14:17:26	

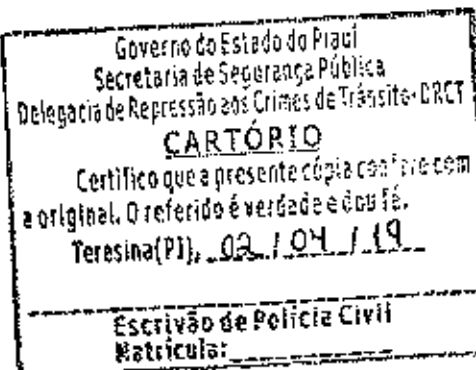
Identificação do Periciando:

LOGIDU: 93717	Nome: FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS	Nacionalidade: Brasileira	Côr: PARDA
Dt. Cadastro: 16/11/2018	Endereço: RUA RUI BARBOSA, 890 - CENTRO - TERESINA - PI		
Mae: IZABEL JACOB DA SILVA BARROS	Pai: JOSÉ DE OLIVEIRA BARROS	LAUDO DO IML - Lesões corporais	
CPF: -	RG: 506391-SSP.PI		
Profissão: TEC. MECANICO	Nascimento: 20/03/1964	Idade (anos): 55	Sexo: M
		Estado Civil: Casado (a)	

L A U D O :

P R E Â M B U L O: No dia, hora e local acima referidos, os peritos designados pelo Ilustríssimo Coordenador Estadual do Instituto de Medicina Legal "Gerardo Vasconcelos", IMLGV, André Biondi Ferraz - Perito Médico-Legista - CRM 4466 - PI, nos termos do art. 178 do Código de Processo Penal, para procederem ao Exame de Corpo de Delito descrito acima do periciando também já qualificado. Em face do que viram e observaram passaram a descrever com verdade e com todas as circunstâncias o que encontraram e, bem assim, esclarecerem tudo quanto possa interessar. **H I S T Ó R I C O:** Periciando informa que no dia 27/04/2018 sofreu acidente de trânsito (colisão moto x carro), tendo sofrido traumatismo. O fato teria ocorrido em Teresina-PI. Foi encaminhado ao Hospital COT, onde teria se submetido a tratamento cirúrgico. Forneceu fotocópias de prontuário médico de nº 23441 no qual constam: "...fratura em tornozelo esquerdo... placa e parafusos metálicos...". Não apresentou atestado médico. **DESCRIÇÃO:** orientado alo e auto psiquicamente, apresentando cicatriz no maléolo lateral do tornozelo esquerdo, sem déficit funcional significativo. **CONCLUSÃO:** as lesões descritas são compatíveis com as produzidas por instrumentos de ação contundente. **RESPOSTA AOS QUESITOS FORMULADOS:** 1) Houve ofensa à integridade física ou a saúde do examinado? Resp.: Sim. 2) Qual o instrumento ou meio que a produziu? Resp.: Contundente. 3) Tais lesões poderão ter sido provocadas por acidente de trânsito? Resp.: Sim. 4) Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função? Resp.: Sim para incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias. 5) Resultará incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou perda ou inutilidade de membro, sentido ou função ou deformidade permanente? Resp.: Não. 6) Outros dados julgados úteis? Resp.: Não. Nada mais havendo, deu-se por findo o presente laudo, que lido e achado conforme, vai devidamente assinado. /////

JOSÉ TADEU DE MACEDO SILVA FILHO
Perito Médico-Legista - CRM 3944-PI




Dagmar Ribeiro de Matos Neta
Escrivã de Polícia Civil
Mat. 286768 - X

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0451440/19

Vítima: FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS

CPF: 240.572.313-15

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 27/04/2018

Titular do CPF: FRANCISCO RUYTER DA
SILVA BARROS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA : 703.754.703-44

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

FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS : 240.572.313-15

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: 13/12/2019
Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
CPF: 703.754.703-44

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Danielle Nobre de Sousa

PROCURACAO PARTICULAR

OUTORGANTE <u>Francisco Ruyter da Silva Barros</u>		
Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: <u>casado</u>	Profissão:
Identidade nº: <u>506.391 SSP/PI</u>	CPF nº: <u>240.572.313-15</u>	
Endereço: <u>Rua Rui Barbosa 890 Centro - Teresina - PI</u>		
CEP:	Telefone: <u>(86) 99982 3093</u>	

OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA		
Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: Solteira	Profissão: Bacharel em Direito
Identidade nº: 1.457.994-SSP/PI	CPF/MF nº: 703.754.703-44	
Endereço: Rua Henrique Dias, Nº 790, Bairro: Vermelha – Teresina – PI,		
CEP: 64.019-330	Telefone: (86) 99405-4326/ 99982-3093/ 99816-8055	

PODERES: Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador a outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar a pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia medica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para a fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATORIO DPVAT** por () **POR MORTE** (X) **INVALIDEZ PERMANENTE**, ou () **DAMS**, em acidente de transito ocorrido no dia 27/10/18 para a Vitima Francisco Ruyter da Silva Barros

Teresina-PI 10 / 12 / 2019

Local e data

Francisco Ruyter da Silva Barros

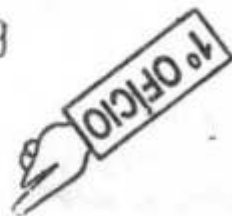
- Vitima ou Representante Legal -

SERVENTIA EXTRAJUDICIAL DO 1º OFÍCIO
 Rua David Caldas, 485 - Centro - Teresina - PI - CEP 64011-100
 Contato: (86) 2011-2545 - www.terezina.pi.br
 Registro de Serventia - Juiz: Claudio e Desembargador - Pessoa Juridica
 Juiz: Maria Elizabeth Pires e Silva Mota



RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS NO DOCUMENTO PROCURAÇÃO PARTICULAR - PESSOA FISICA. EM TEST. DA VERDADE. DOU FE. TERESINA, 10/12/2019 10:14:03
 SELO AAO375/1 - 5C89 CONSULTE EM www.tjpi.jus.br/portalestra

SERVENTIA EXTRAJUDICIAL DO 1º OFÍCIO
 Notas - Registro de Imóveis 2ª Zona
 Ricardo Miguel de Oliveira Cunha
 ESCRIVENTE
 Teresina-PI/PI



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0128227/19

Vítima: FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS

CPF: 240.572.313-15

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 27/04/2018

Titular do CPF: FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS : 240.572.313-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/04/2019
Nome: FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS
CPF: 240.572.313-15

FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0451440/19

Vítima: FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS

CPF: 240.572.313-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/04/2018

Titular do CPF: FRANCISCO RUYTER DA
SILVA BARROS

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA : 703.754.703-44

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

FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS : 240.572.313-15

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: 13/12/2019
Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
CPF: 703.754.703-44

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Danielle Nobre de Sousa