

Browser tabs: Email - Alan, Controle de, Sistema, Controle de, Audiências, PJE Consulta pr, PJE 0800027-69, Baixar o atq, (32) Whats, +

Address bar: tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=62486&ca=172946098c3b67c78d4f22b5354722e402e...

Navigation bar: Apps, Processo Virtual Na..., (33) WhatsApp, Administrativo, Portal do Advogado, Google, Nova guia, Meu INSS, [bb.com.br], Zimbra: Movimenta..., PJE 1º, Publicações

PJE 0800027-69.2018.8.18.0089
LEANDRO ALVES DA ROCHA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGU...

13741868 - CONTESTAÇÃO (2772746 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 14/12/2020 09:48:20

14 Dec 2020

41 de 39

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 13741868 - CONTESTAÇÃO (2772746 CONTESTACAO 01)
- 13742352 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
- 13742355 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
- 13742358 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS A)
- 13742360 - PROCURAÇÕES OU SUBTABELECIMENTOS (SUBTABELECIMENTO)

09:48

2772746- CS/ 2020-04519/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADO ASSOCIADO

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

Processo: 08000276920188180089

PT 09:48 14/12/2020



Número: **0800027-69.2018.8.18.0089**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Caracol**

Última distribuição : **16/01/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LEANDRO ALVES DA ROCHA (AUTOR)		LEANDRO DE OLIVEIRA CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13742 352	14/12/2020 09:48	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **LEANDRO ALVES DA ROCHA**

Nº Sinistro: **3180530980**

Vítima: **LEANDRO ALVES DA ROCHA**

Data do Acidente: **08/06/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EDSON FRANK MORAIS DA SILVA**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180530980**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13585324

Pag. 01061/01062 - carta_01 - INVALIDEZ

00020531



Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180530980

Vítima: LEANDRO ALVES DA ROCHA

Data do Acidente: 08/06/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDSON FRANK MORAIS DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LEANDRO ALVES DA ROCHA

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00853/00854 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13587593



Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **LEANDRO ALVES DA ROCHA**

Nº Sinistro: **3180530980**
Vítima: **LEANDRO ALVES DA ROCHA**
Data do Acidente: **08/06/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador **EDSON FRANK MORAIS DA SILVA**

Assunto: **NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180530980**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **08/06/2016**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00281/00282 - carta_04 - INVALIDEZ

00060141



Carta nº 13680431





Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO 3470033655 AG 000243/17 CAMPO PREENC



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, LEANDRO ALVES DA ROCHAPORTADOR(A) DO RG Nº 52.765.930-7EXPEDIDO POR SSP/SPEM 07/05/2019 ECPF 023292933-36 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO ARABOS

E RENDA MENSAL DE R\$ 933,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA LEANDRO ALVES DA ROCHA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)BANCO 001-88 AGÊNCIA 660-3 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 42407-2☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL PARACOL-PI DATA 03/07/2019ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Leandro Alves da Rocha**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 14/12/2020 09:48:20

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121409481987200000012997678>

Número do documento: 20121409481987200000012997678

Banco Postal

*** Extrato de Conta Corrente ***

Agência : 24300005-AG CARACOL
Terminal: 99356317 Id.Trs.: 75107
Mro Aut : 112336 Caixa : 05275405
Data : 03/07/2017 Hora : 11:23
(Bônus de Brasília)
BANCO DO BRASIL S.A.
5757901271 0363

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES COMFERENCIA

AGENCIA: 2660-3 CONTA: 42.407-2
CLIENTE: LEONARDO ALVES DA ROCHA

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
---17/03/2017---		
Saldo Anterior		0,00C
--- N A O H A L A N C A M E N T O S ---		
Juros +		0,00
Data de Debito de Juros	01/08/2017	
IDF +		0,00
Data de Debito de IDF	03/07/2017	
(+) Apurados de acordo com o somatório dos saldos devedores diários no mes anterior ao debito.		
SALDO EM CONTA-SALARIO		0,00C

OBSERVAÇÕES:

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC
0800 729 0722



..... Extrato de Conta Corrente - SEM SENHA
AGENCIA: 2660 Conta: 00000042407 De: 18/06/2017 a 28/06/2017 Pag: 00001 / 00002

..... LEANDRO ALVES DA ROCHA

-- Para uso interno do BANCO, SEM VALOR LEGAL - dados sujeitos a confirmacao --

Data Bal. Historico Documento Orig Lote V a l o r

1703 Saldo Anterior em 17/03/2017 0,00C

N A O H A L A N C A M E N T O S

.....
SALDO ATUAL 0,00C

JUROS 0,00

IOF 0,00
.....

PROG. DE RELACIONAMENTO - PONTOS JUN/17: 0

CONSULTE SEU EXTRATO DETALHADO DO PROGRAMA.
.....

OBSERVACOES:

- A TARIFA DESTE EXTRATO NAO SERA COBRADA
.....

Há 100 anos o BB está com você no Piauí!
.....

Sistema Lixar Data: 06/13/06/2017 16:48 - 00000002412



3140022350

802

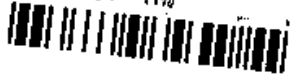
I

9



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

DOCUMENTO 1 - *T19*



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 159659.000097/2016-89

Unidade Policial: DELEGACIA DE POLÍCIA DE CARACOL

Resp. pelo Registro: Cyro Nascimento Fonseca

Data/Hora: 20/09/2016 - 12:23

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DELEGACIA DE POLÍCIA DE CARACOL

08/06/2016 - 14:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

CARACOL

Bairro

NÃO INFORMADO

Endereço

PI 144 - SENTIDO CIDADE CARACOL/PI AO POVOADO LAGOINHA, Nº: S/N

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LEANDRO ALVES DA ROCHA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 527659307 SSP PI

Mãe: MARLENE ALVES DA ROCHA

Pai: JOÃO BATISTA PEREIRA DA ROCHA

Endereço: POVOADO LAGOINHA, Nº S/N

Bairro: NÃO INFORMADO

Cidade: CARACOL

Telefone(s): 89-8115-4856

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	CG150 FAN ESDI	2015	PIH0361	9C2KC1680FR570512	01039934061	Vermelha

Condutores: LEANDRO ALVES DA ROCHA

RG: 527659307 Órgão: SSP UF RG: PI

End: POVOADO LAGOINHA Número: S/N Complemento:

Cidade: CARACOL UF: PI Bairro: NÃO INFORMADO

Proprietário: ROGER FERREIRA RIBEIRO

End: BAIRRO CEARENSE - RUA PROJETADA Número: S/N

Cidade: CARACOL UF: PI Bairro: NÃO INFORMADO

RELATO DA OCORRÊNCIA

QUE A VITIMA COMPARECEU A DELEGACIA REGIONAL DE POLICIA PARA RELATAR QUE SOFREU UMA LESÃO CORPORAL ACIDENTAL NO TRANSITO QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA NO LOCAL, DATA E HORA ACIMA QUALIFICADO; QUE NA OCASIÃO ESTAVA TRAFEGANDO NA ESTRADA, QUANDO UM MOTOCICLISTA NÃO IDENTIFICADO VINDO NO SENTIDO CONTRÁRIO INVADIU A PREFERENCIAL E O COLHEU; QUE A VITIMA RELATA QUE OS PRIMEIROS SOCORROS FORAM REALIZADOS PELO SAMU, SENDO IMEDIATAMENTE LEVADO PARA O HOSPITAL DA CIDADE DE CARACOL/PI SÓ DEPOIS SENDO ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL REGIONAL SENADOR CÂNDIDO FERRAZ NA CIDADE DE SÃO RAIMUNDO NONATO/PI, ONDE DEU ENTRADA NO MESMO DIA; QUE NO HOSPITAL REGIONAL SENADOR CÂNDIDO FERRAZ FOI CONSTATADO ESCORIAÇÕES PELO CORPO E UMA FRATURA NO MÊMBRO INFERIOR ESQUERDO, ONDE ESTA ÚLTIMA LESÃO ATÉ HOJE PRODUZ DORES NA VITIMA; QUE FICOU COM UM ATESTADO DE 30 DIAS, FICANDO AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES DIÁRIAS E SEM TRABALHAR DESDE O DIA QUE SOFREU O ACIDENTE; QUE O NOTICIANTE INFORMA QUE AINDA HOJE SENTE FORTES DORES E SE ENCONTRA COM DIFICULDADES PARA DESEMPENHAR SUAS ATIVIDADES DIÁRIAS. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.



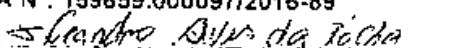


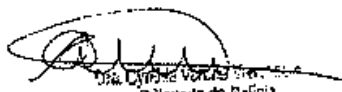
Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

824 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 159659.000097/2016-89


Cyro Nascimento Fonseca - Mat. 2861666
AGENTE DE POLÍCIA


LEANDRO ALVES DA ROCHA - Noticiante
Responsável pela Informação



Delegado de Polícia
CARLOS FRANSELMO GOMES OLIVEIRA
Delegado de Polícia

SEALRODOP LIDER DEPUT 23 6 12/12/2016 16:27 - 00000014072





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, LEANDRO ALVES DA ROCHA, portador da carteira de identidade nº SJ 765.930-7 e inscrito no CPF/MF sob o nº 023.292.933-56, residente e domiciliado na PV ALTO ALEGRE S/N B-RURAL, Cidade CASACOL, Estado PIAUÍ, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização desse perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Leandro Alves da Rocha

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

CASACOL 02/12/2016

Local e data

RECEBUEMOS 12/12/2016 16:26 - 00000014068





**SAMU
192**

DOCUMENTO 2 "T296"



DOCUMENTO 2 "T296"

11/11/2020 11:11:11

1006

CEATKOL
CENTRO DE ATENDIMENTO À TRAVESSIA DE GÊNERO

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

AMBULÂNCIA AÇIONADA: ASL-00015 USB: 01 DATA: 08/10/2020
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Av. Jacqueline
NOME DO PACIENTE: André Luis da Rocha
SEXO: M IDADE: 32
SAÍDA DO P.A. 14:47 CHEGADA AO LOCAL 14:47
SAÍDA DO LOCAL 15:23 CHEGADA AO HOSPITAL 15:23
SAÍDA DO HOSPITAL 15:23 CHEGADA AO P.A. 15:23

☐ AGRESSÃO FÍSICA ☐ AFOGAMENTO ☐ QUEDA ☐ JÁ REMOVIDO
☐ URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA ☐ QUEIMADURAS ☐ MAL SÚBITO ☐ FALSO CHAMADO
☐ ENVENENAMENTO ☐ CHOQUE ELÉTRICO ☐ URGÊNCIA OBSTÉTRICA
☐ OUTROS: Outro
☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO CAPACETE: ☐ SIM ☒ NÃO ALCOOLIZADO: ☐ SIM ☒ NÃO

ESCALA DE GLASGOW

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
4 - Espontânea	5 - Fala coerente	6 - Obedece a comandos
3 - Ao comando verbal	4 - Desorientado e conversando	5 - Localiza a dor
2 - Ao estímulo doloroso	3 - Resposta inapropriada	4 - Flexão inespecífica (retirada)
1 - Não abre	2 - Inarticulado (gême)	3 - Flexão hipotônica (decebra)
	1 - Sem resposta	2 - Extensão hipotônica (decebra)
		1 - Sem resposta

PULSO RADIAL: 077 HEMORRAGIA: 077 GLICEMIA: mg/dl
☐ FORTÉ ☐ AUSENTE
☐ FRACO ☐ MÍNIMA
☐ AUSENTE ☐ MODERADA
☐ INTENSA

SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>120 x 80 mmHg</u>
PULSO (BPM)	<u>78</u>
SATURACÃO DE O ₂ (SpO ₂)	<u>99</u>
RESPIRAÇÃO (IRPM)	<u>18</u>
TEMPERATURA (°C)	<u>36,0</u>

OBSERVAÇÕES: Sistema de colisão de moto com moto, com suspeita de fratura no fêmur E, ferimento muito do no local

PROCEIMENTOS REALIZADOS: ☐ COLAR CERVICAL ☐ ASPIRAÇÃO ☐ PRANCHA LONGA ☐ RCP ☐ IMOBILIZAÇÕES ☐ DESFIBRILADOR ☐ CURATIVOS ☐ KED ☐ OXIGÊNIO

ASL-00015
0089/17
010.202
14:28:33

DESTINO: ☐ HOSPITAL MUNICIPAL ☐ OUTRO
OBITO: ☐ ANTES DO SOCORRO ☐ ANTES DO TRANSPORTE ☐ NO TRANSPORTE
PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL RECUSA: ☐ ATENDIMENTO ☐ SER ENCAMINHADO AO HOSPITAL

ASS. DO RESPONSÁVEL: Assessoria B. Dias TÉCNICO DE ENFERMAGEM
Ana Karina D. Carvalho PROFISSIONAL DO HOSPITAL DE REFERÊNCIA
CONDUTOR SOCORRISTA





A North Texas City Councilman - TELL for children
page 1 of 10 4/23/02 2:58 PM

LEANDRO ALVES DA ROCHA
PV ALTO ALEGRE S/N B-RURAL
CPF: 00002329293356
CEP: 54.795-000 - CARACOL

ROY: 271.547.02.07.003000

Forma de Fortalecimento: **MINIMO** | Código de Irregularidade: | Notas de Comentários: **31**

HISTÓRICO BOM	DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mai/ano corrente		
OUT/16	CONSUMO 30 A R\$ 0,158135	4,74
SET/16	DIFERENÇA DE TARIFA	9,09
AGO/16	SUBVENÇÃO BAIXA RENDOA	8,83-
JUL/16	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,05	
JUN/16		
MAI/16	50	
ABR/16	114	
MAR/16	121	
FEV/16	100	
JAN/16	118	
TOTAIS SEM TRIBUTOS:		
63	de 6.112,56	

MI 13-07165 IMPDETAMTEL: BULKY/ST OF 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50

[illegible]

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

RESERVADO AO FISCAL 0CF9.A8DE.0686.0830.5450.9100.FF2B.7E82

COMPOSICÃO DA CONTA - R\$		REPOSTOS/REPARAÇÕES - R\$	
Óleo/Graxa	4,88	Revisão de Câmbio	
Filtro	5,97	Ajustagem DOXMS	
Transmissão	0,72	Visão do DOXMS	
Emergentes	1,85	Visão do PMS	0,07
Trocas	8,41	Visão do COXMS	0,34

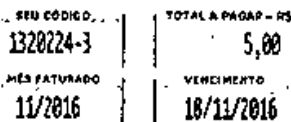
INDICADORES DE COMPORTAMIENTO

	DEC			JTC			DOC	DOC
	Manual	Thermostat	Ampl	Manual	Thermostat	Ampl	Manual	Thermostat
Units	6,47	12,94	25,49	3,73	7,47	14,95	3,80	
Subtotal	0,00			0,00			0,00	

Composto SÃO RAJUNDO NONA

Partido de 09/2016 curso 2.45

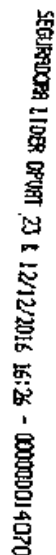
RQT: 221,547,07,07,003000



CENTRO DE PESQUISA E DESENVOLVIMENTO DO PAULISTA
R. Maranhão, 752 - Copacabana - Rio de Janeiro - RJ
FONE: (021) 708.0001 - 4921494. E-MAIL: CPE@PAULISTA.COM.BR

№ de l'avis fiscal: 000322292 FCAH

8369000000 8 05000017000 6 00000001320 1 22431116008 5



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, **ROGER FERREIRA RIBEIRO**, RG nº 3.065.336 SSP/PI com domicílio na cidade de Caracol no Estado do Piauí onde resido no Bairro Cearense. Declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima **LEANDRO ALVES DA ROCHA**.

Local: Povoado Lagoinha – Caracol - PI, 28 de Junho de 2016.

Local: Povoado Lagoinha – Caracol - PI, 28 de Junho de 2016.

x Rogo Ferreira Ribeiro

ASSINATURA DO DECLARANTE

* Leandro Silva da Rêchia

ASSINATURA DO CONDUTOR

ASL-0005 RECONHECIMENTO
Simbs. Correio. 802
11/01/2017 14:30:02



DOCUMENTO 5 *75%



Hospital Regional

SENADOR JOSÉ CÂNDIDO FERRAZ

HOSPITAL REGIONAL SENADOR CÂNDIDO FERRAZ

Praça Capitão Neuton Rubem, 1351 - Aldeia - Fone: (89) 3582-1413

São Raimundo Nonato - Piauí - CNPJ 06.553.564/0020-09

Paciente:

Lauro Anjos da Sousa

60. Mês Pós-Operatório do
furo do fôveo (P) R.
Furo na cavidade - por
ortodôntica sem sucesso

U.S. 572-9

SEGURADORA LIDER DPVAT 23 & 12/12/2016 16:39 - 00000014059

01/12/16
Data

Dr. Raul Boken da Macedo Neto
Ortodontologia
CRM-FI 12119
TEOD 12119

Assinatura Médico

Este Hospital é amigo da criança





Carimbo Município Solicitante

898003734890901

Ficha de Marcação Consultas / Exames

Procedimento(s) (Em caso de exame solicitar no máximo 3)

ORTOPEDIA

Este procedimento é pago pelo SUS, é proibida a cobrança de taxas.

Nº do Cartão SUS

898003734890901

Nome do Paciente (Preencher sem abreviar)

Léandro Alves da Rocha

Nascimento

13/04/1984

Idade

32

Sexo

M

Documento do Paciente (Tipo, número)

RG: 526765-930- SSP-PE

Nome da Mãe

Marlene Alves da Rocha

Endereço (Logradouro, número)

Lagoa Santa

Bairro

(zona rural) Lagoa Santa

Complemento

CEP

64.795-00

Município

Caruaru

UF

PE

Fone

Dados Clínicos

Fratura de joelho E HAT
05 meses

Data da Solicitação

29.11.2016

Carimbo Assinat. Médico Solicitante

Dr. Francisco Ronaldo do Siqueira

Médico CRM-PE 2092

CPF: 138.844.903-78

Protocolo CERAS:

Agendamento - Marcação Via Central

Local do Atendimento

Nome do Profissional

Endereço

Data e Hora do Comparecimento

Carimbo Assinat. do Resp. pelo Agendamento

Caro Usuário,

Número do Agendamento:

Compareça ao local de atendimento 30 (trinta) minutos antes da hora marcada.
Só entregue esta ficha e/ou assine quaisquer documentos se for atendido(a).



PREFEITURA MUNICIPAL DE CARACOL - MA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Cap. Aureliano Dias, 334 - Centro - CEP 64795-000 - Caracol - PI
CNPJ 02.853.724/0001-23 - Fone/Fax: (89) 3584.1



GAE - GUIA DE ATEN

CONFIDENCIAL

Nome: Brandro Alves da Rocha
Cartão SUS: 18191810101371314181910191011
RG: 52765930-7 Data de Expedição: 07/05/10 UF: SSPI/P
CPF: 023292933-56 Data Nasc.: 13/04/84 Sexo: (X)M ()F
Registro de Nascimento Nº 1: A031;Fls:16v;P:06786 Fone: (89)981154866
Endereço: Povoado Lagoinha Bairro: Zona Rural
Cidade: Caracol UF: PI CEP: 64795-000
Pai: João Batista Pereira da Rocha
Mãe: Marlene Alves da Rocha

Resumo da Anamnese e Exame Físico:

Horas: 22

Paciente vítima de colisão de moto, com suspeita de fratura do fêmur "E", relatando dor intensa no local.

Diagnóstico Provável: AD: fratura no fêmur

Exames Solicitados: Raio X da Perna "E"

Procedimentos Realizados: medicação e imobilização do local

Data	Prescrição	Enfermagem
08.06.16	<u>Voltaire Lamp. IM agora</u>	<u>Ana Karina</u>
08.06.16	<u>disipiana Lamp. EV + AD agora</u>	<u>Ana Karina</u>

Responsável pelo preenchimento:

Eni. Gláucia Dias de Mendo

Nota: COREN-PI 335-890

Data: 21/09/16 Hora: 09:45

Dr. Valdeci (Gustavo) da Silva
Médico - CRM-PI 2092
CPF: 138.871.903-78

Assinatura e carimbo do Médico

SEGURANÇA LIDER DEPT 23 e 12/12/2016 16:28 - 00000014079



432
7
C

HOSPITAL G

NOTA FISCAL

Leandro Alves da Rocha

P/ 107-4

Dr. Wilson Rodrigues

PRONTUÁRIO MÉDICO

Alt. 134846
Alta - 21.06.16

SESPRODOP 1.10.08 ONMT 23 e 12/12/2016 15:28 - 00000074030

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 14/12/2020 09:48:20

RECEBIMOS DO VAREJO
COM O VALOR DE R\$ 134846,00
DATA DE PAGAMENTO 21/06/16
MONTANTE DE R\$ 134846,00
CPF: 012.345.678-07
BANCO DO BRASIL

ORT.
06/16

MOD. 01 - HGV



Ficha de Encaminhamento

Da Unidade: H.R.T.M.	Para: H.G.V.
Nome da Pessoa Encaminhada: Leandro Alves de Paiva	Registro: 15630/11
Motivo do Encaminhamento: Exame com exames	
Observações: Exame com exames	
Dr. Condeguas R. Filho Otorrinolaringologista - Traumatologia CRM 2572 RBO 7348 Obs.: Deve ser arquivada no Centro de Saúde, Unidade Mista e Hospital Local ou Regional. Em: ASL	
Responsável Pelo Encaminhamento: ASL	

Ficha de Retorno

Da Unidade: 2017	Para: 2017
Nome do Cliente: ASL	Registro Original: 15630/11
Diagnóstico e Orientações: ASL	
Dr. Condeguas R. Filho Otorrinolaringologista - Traumatologia CRM 2572 RBO 7348 Obs.: Esta ficha deverá ser devolvida ao local de origem através do próprio paciente devidamente fechada.	
Responsável Pelo Diagnóstico: ASL	



Av. Frei Serafim, 2352 Centro - Fone: 86 3221-3040
Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

134846

Prontuário: 130432 LEANDRO ALVES DA ROCHA
Endereço: LOGGINHA
Cidade: CARACOL

0 ZONA RURAL
UF PI CEP: 64795-000

Sexo: M DT. Nasc: 13/04/1984 Idade: 32 Anos 2 Meses 4 Dias Estado Civil: U Profissão: TRABALHADOR RUF
Data de Admissão: 17/05/2016 Telefone: 89 8115.4856 Cartão SUS: 8980037348909017 CPF: 02329293356

Nome: JOÃO BATISTA PEREIRA DA ROCHA
Mãe: MARLENE ALVES DA ROCHA
Cônjuge:

Responsável: LUCINEIDE PASSOS DOS REIS
Endereço: LOGGINHA
Cidade: 3156

0 ZONA RURAL
UF PI CEP: 64795-000

Unidade Principal:

D.A.

It. Pessoais:

It. Hereditários:

Exames Físicos:

Geral:

Boleia e Pescoço:

Tórax:

Abdomen:

Membros:

Genitais:

Específicos

Diagnóstico:

Tratamento Terapêutico:

Data / Hora:

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

SEGRETO LINGUAGEM 23 e 12/12/2016 16:28 - 00000014082



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL GETÚLIO VARGA		LEANDRO ALVES DA ROCHA		NASCIMENTO 13/04/1984	
3 - Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL GETÚLIO VARGA		O.L. LEBRA: 20/06/2016 PROCED.: 0408050588 TRATAMENTO CIR. AGU... OP. SIST.: LUP. HMA CID.: S729		DT. LAUDO: 17/08/2016 INTERCONDILEANA	
5 - Nome: LEANDRO ALVES DA ROCHA		ASS. MEDICO RESPONSÁVEL		6 - Formulário: 130432	
7 - CNS: 895003734580901	8 - Nascimento: 13/04/1984	9 - Sexo: M	CPF: 023.292.933-58		
11 - Mãe: MARLENE ALVES DA ROCHA	12 - Fone: 89-8.1164888 / 81034080	14 - Cor: PARDAS			
13 - Resp: LUCINEIDE PASSOS DOS REIS	15 - Enden: LOGGINHA	16 - CEP: 64795-000	17 - Coó. IBGE: 220250		
18 - Muni: CARACOL	19 - UF: PI	RO: 82765-0307			

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos: <i>fratura de fêmur</i>					
21 - Condições que justificam a internação: <i>fratura de fêmur</i>					
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado do Examen Realizado): <i>ASL</i>					
23 - Diagnóstico Inicial: FRATURA DO FÊMUR, PARTE NÃO ESPECIFICADA					
24 - Cid Princ.: 8720		25 - Cid Sec.: 8720		26 - Cid Causa: 8720	
27 - Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA INTERCONDILEANA DOS CÔNDILOS DO FÊMUR					
28 - Cod. Proced.: 0408050588		30 - Caracter.: 02		31 - Documento: 19400817320	
29 - Clínicas: DERMATOLOGIA		32 - Data de Solicitação: 17/08/2016		33 - Nome Profissional / Assistentes: JOSE WILSON RODRIGUES	

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

35 - () Acidente de Trânsito	36 - CNPJ Seguradora:	42 - Nº. Bônus:	43 - Sinto
37 - () Acidente de Trabalho Típico	41 - CNPJ Empresa:	43 - CNAE Empresa:	44 - CBOR
38 - () Acidente de Trabalho Atípico	45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado		
46 - Nome do Profissional Autorizador:		47 - Ass. Calmbo (RG Calmbo):	
48 - Documento:	49 - Num. Documento:	50 - Ass. Calmbo (RG Calmbo):	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Lucineide Passos dos Reis</i>		52 - Assinatura Médico Responsável: <i>Leandro Alves da Rocha</i>	
53 - Assinatura Profissional Autorizador: <i>Jose Wilson Rodrigues</i>		54 - Assinatura Profissional Autorizador: <i>Jose Wilson Rodrigues</i>	
55 - Assinatura Profissional Autorizador: <i>Jose Wilson Rodrigues</i>		56 - Assinatura Profissional Autorizador: <i>Jose Wilson Rodrigues</i>	



BOLETIM DE CIRURGIA

Abril AI N
0408050624CLINICA: Dermatologia LEITO: 42/06 PRONTUÁRIO: 430432NOME: Leandro Alves da Rocha DATA NASC: 13/04/84DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Acne vulgar

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉ-OPERATÓRIA

CIRURGIA: Acne vulgar Nº SALA: 44CIRURGIÃO: Edna Passos CRM: PI: 11223AUXILIARES: 1ºINSTRUMENTADOR(A): Edna Passos CIRCULANTE: Ana MariaTÉCNICA E TÁTICA CIRÚRGICA: Acne vulgar

COMPLICAÇÕES TRANSOPERATÓRIAS:

DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO:

PERDA IMPORTANTE DE SANGUE DURANTE A CIRURGIA: () SIM () NÃO ESTIMADA

PEÇA PARA HISTOPATOLÓGICO: () SIM () NÃO QUAL?

DATA: 18/06 / 16 HORA: 11:50 CIRURGIÃO: (ASSINATURA E CARIMBO)

MOD. 14 - HGV

ASL-0005630

30/06/17

11/07/17

11/07/17

ASL-0005630

30/06/17

11/07/17

11/07/17

Edna Passos

Márcia

CPF: 275.080.500-27

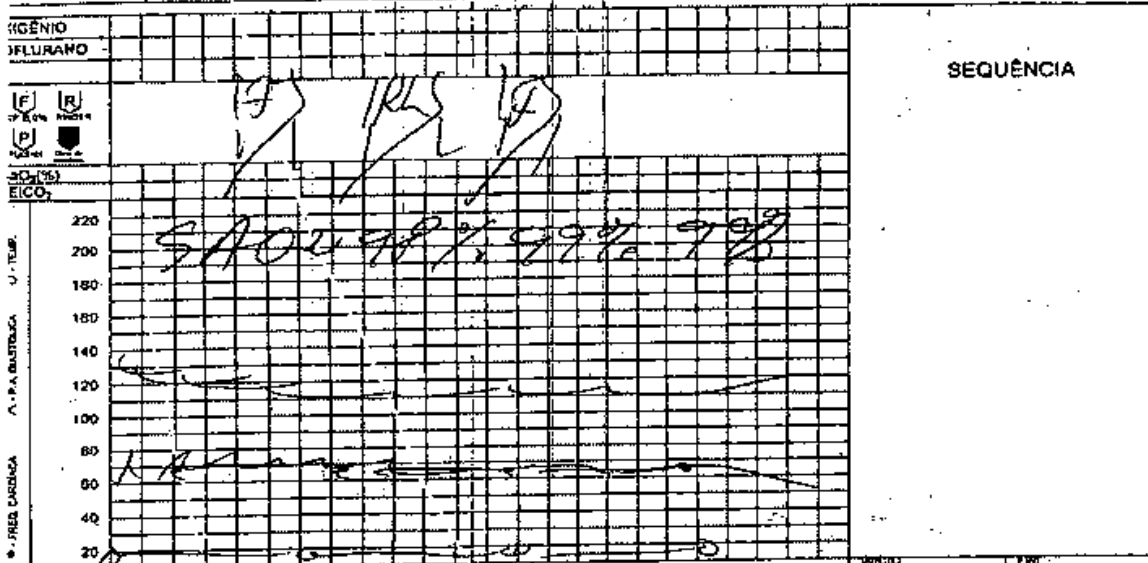
CÓPIA DE PRONTUÁRIO

SEGREDO LIDER PART 2º E 12/12/2016 16:28 - 000000014084



18062016 11
130432

NOME: Conrado Almeida Rocha IDADE: 320 DATA DE NASC.: 12/04/84 PESO: 71 SEXO: M
 ENDERECO: Rua 3 - em frente de Jurema ESTADO FÍSICO ASA: 1
 DOENÇAS PREVIAS: RESPIRATÓRIA TEMPERATURA: 36,5 PESO: 71 ALTURA: 1,75 OUTROS:
 GLOBINA: 12,5 HEMATOCRITO: 38 Glicemia: 98 UREA: 12 CREATININA: 1,2



LOS: 09:15 ESE: 09:15
 ANESTESIA: 09:15 09:15 09:15
 GASES: O2 U/min Info Fim Tempo
 Oxigênio: 100
 Ar Medicinal: 100

DICAMENTOS UTILIZADOS		
na	Amp	Naoprogina
elina	Amp	Nitride
Jest. 10ml	Amp	Noradrenalina
500mg	Fras	Neocaina 2%
clida 1g	Amp	Neocaina 1%
ino	Fras	Ornepazol
o ()	Fras	Pancuronio
relasone	Amp	Profenid
3am	Amp	Propofol
0,7, 0,5	Amp	Prolemina
12	Amp	Queficia
amina	Amp	Quetmina
Dipamina	Amp	Remfentanil
Dormonid	Amp	Rentidina
Etomid	Amp	Ringer-Lactado
Efedrina	Amp	Sufentanil
Fentanyl (0,5%)	Amp	S. Fisiotóp. 0,9%
Fentanyl (0,5%)	Fras	S. Glucosado 5%
Sanofiureno	M.	Tracrium
Hidrocortisone	Fras	Transamin
Isoflurano	M.	Novabup 0,5 v
Manitol	Fras	Neocaina 2%
Molondazol	Fras	
Narcan	Amp	

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 14/12/2020 09:48:20
 http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121409481987200000012997678
 Número do documento: 20121409481987200000012997678

CONFESSÃO ORIGINAL
 Edna Silva
 CPF: 075.111.013-97



GERAL

Dados do Paciente		
Nome: LEANDRO ALVES DA ROCHA	Nascimento: 13/04/1984	Estado Civil: União Estável
Prontuário: 130432		
Cartão SUS: 698003734890901		

Observação: Caso o declarante não seja o paciente, preencher o espaço abaixo.

Representante / Responsável Legal		
Nome: LUCINEIDE PASSOS DOS REIS	Nascimento: 13/04/1984	CPF: 01422451356
Estado Civil: União Estável		
Parentesco: COMPANHEIRO (A)		

Eu, _____
 (paciente ou responsável legal pelo paciente acima citado), que sou/é portador da doença _____
 devendo ser submetido ao tratamento e/ou procedimento de _____

DECLARO ter recebido todas as explicações necessárias sobre os riscos inerentes a minha doença/ doença do paciente e ao tratamento e/ou procedimento que se ele/será submetido, tais como:

1. Risco anestésico
2. Risco de sangramento
3. Risco de infecção
4. Risco de lesão
5. Risco de morte

Estou ciente ainda que o presente termo de consentimento está em conformidade com a Lei 8.078/90 (Código de defesa do consumidor) e o Código de Ética Médica (artigo 22).

Teresina (PI), 17/06/2016

X Lucineide Passos dos Reis
 Assinatura do Paciente ou Responsável e RG

Dr. Themistocles Ramos
 CRM-27981/GO-8374
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Assinatura do Médico Responsável - CRM

Av. Frei Serafim, 2352 - Centro/Sul CEP: 64001-020 - Teresina - PI - Tel: 86-3221-3040

HOSPITAL GERAL DE TERESINA
 CONSERVATÓRIO DE NEFROLOGIA
 Em: 11/06/2016
 Edna Maria
 Matrícula: _____
 CPF: 275.035.31-007
 CÓPIA DE PRONTUÁRIO

SEGURO 2016 LIDER OPART 23 & 12/12/2016 16:29 - 001000014086



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM							
I - IDENTIFICAÇÃO							
Nome: <u>Ademir das Chagas Ruy</u>				Data de Nascimento: <u>1/1/1947</u>			
Cidade do local: <u>...</u>							
II - ASPECTO SOCIOECONÔMICO E ESPIRITUAL							
Religião/Crença: <u>Católica</u>				Profissão: <u>Medicador</u>			
Escolaridade: <u>Analfabeto</u> () Ensino fundamental () Ensino médio () Superior							
Barreira na comunicação: <u>Não</u> () Sim () Qual? <u>...</u>							
Apresenta déficit: <u>Não</u> () Sim () Qual? <u>Visual</u> () Auditivo () Motor							
Transtorno mental: <u>Não</u> () Sim () Qual? <u>...</u>							
More sozinho? <u>Sim</u> () Não () More com familiares/outros? <u>Sim</u> () Não ()							
III - ANTECEDENTES PESSOAIS (PRESENÇA DE DOENÇAS E/OU TRATAMENTO ANTERIOR)							
() Não possui () Hipertensão Arterial () Dislipidemia () Diabetes mellitus () Insuficiência Renal Crônica / Aguda							
() Cardiopatias () Câncer () Tabagismo () Etilismo () Usuário de drogas ilícitas () Outro: <u>...</u>							
Faz uso de medicamentos? <u>Não</u> () Sim () Qual? <u>...</u>							
NOME		DOSE		VIA		HORÁRIO	
IV - EXAME FÍSICO							
a) SINAIS VITAIS: PA: <u>110/70</u> P: <u>72</u> FR: <u>18</u> () Fritome () Cheiro () Arilmo () Vurilmo							
Oxigênio: () Sim () Não () Dor: <u>Não</u> () Sim, Onde? <u>...</u>							
Características: <u>...</u>							
b) DADOS ANTROPOMÉTRICOS E ASPECTOS NUTRICIONAIS							
Altura: <u>1,62</u> (m) Peso: <u>75</u> (Kg) Perda de peso nos últimos 3 meses: <u>Não</u> () Sim, Peso perdido: <u>...</u> (Kg)							
História de: () Sonda () Gastrostomia () Neoplasia de cabeça/pescoço () Neoplasia de trato gastrointestinal () Transplante () Obesidade mórbida III (IMC > 50 Kg/m²) () Não se aplica							
c) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA () Consciente () Orientado () Desorientado () Comatoso () Semilento () Sedado () Torporoso							
ESCALA DE COMA GILSGOW: <u>...</u>							
d) ASPECTO EMOCIONAL: () Calmo () Tenso () Agitado () Irritado () Eufórico () Agressivo () Triste () Outra alteração: <u>Qual?</u>							
5 ITENS POSITIVOS ACIONAR SERVIÇO SOCIAL RELIGIÃO, BARREIRA NA COMUNICAÇÃO TRANSTORNO MENTAL							
ACIONAR FARMACÊUTICO (Quando paciente estiver medicação de casa)							
5 ITENS POSITIVOS ACIONAR NUTRICIONISTA (Atenção nutricional)							
5 ITENS POSITIVOS ACIONAR O PSICÓLOGO							
11/01/2017 11/01/2017 11/01/2017 11/01/2017							

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
COORDENAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO
LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

Paciente: Leandro Alves da Rocha

DATA DE NASCIMENTO: 13/08/89 - Pronúncia: 17/08/16

Confirmar com o paciente: Identidade (nome e data de nascimento): ☒ Sim ☐ Não Jejum? ☒ Sim ☐ Não Procedimento programado: <u>17/08/16</u>		Todos os membros da equipe se apresentaram pelo nome e função: Todos os responsáveis confirmaram verbalmente a(s) identificação do paciente (nome e data de nascimento): <u>17/08/16</u> Procedimento programado: <u>17/08/16</u> Placa de bisturi posicionado corretamente: <u>17/08/16</u> A profilaxia antimicrobiana foi realizada nos últimos 60 minutos? ☒ Sim ☐ Não		Procedimento realizado: <u>17/08/16</u> Contagem das compressas corretas: ☒ Sim ☐ Não Contagem das instrumentais corretas: ☒ Sim ☐ Não Contagem de agulhas corretas: ☒ Sim ☐ Não	
Sítio demarcado: ☒ Sim ☐ Não Usar dispositivo médico? ☒ Sim ☐ Não Consentimentos informados preenchidos e assinados: ☒ Sim ☐ Não Para anestesia: ☒ Sim ☐ Não Para cirurgia: ☒ Sim ☐ Não Exames de imagens essenciais estão disponíveis? ☒ Sim ☐ Não Avaliação pré-anestésica realizada (ficha no prontuário): ☒ Sim ☐ Não Materiais/medicamentos para a anestesia disponíveis na sala? ☒ Sim ☐ Não Monitor cardíaco e Oxímetro de pulso no paciente e funcionando? ☒ Sim ☐ Não O paciente tem via aérea difícil ou risco de aspiração? ☒ Sim ☐ Não		As anestezias/óxipias para o paciente e assistentes (nome do paciente e assistente de origem, quantidade): ☒ Sim ☐ Não Registros completos no prontuário do procedimento intraoperatório: ☒ Sim ☐ Não De procedimento anestésico: ☒ Sim ☐ Não Todos os medicamentos administrados checados? ☒ Sim ☐ Não Todas as recomendações médicas e operatório imediato estão prescritas? ☒ Sim ☐ Não		Houve algum problema com equipe resolvido? ☒ Sim ☐ Não	
O paciente tem risco de perda sanguínea > 500 ml (estimar)? ☒ Sim ☐ Não Tem acesso endovenoso adequado? ☒ Sim ☐ Não Tem reserva de sangue: ☒ Sim ☐ Não		Chegada da equipe de enfermagem: ☒ Sim ☐ Não Todos os instrumentais estão disponíveis? ☒ Sim ☐ Não Todos os instrumentais estão esterilizados? ☒ Sim ☐ Não Todos os equipamentos necessários estão disponíveis? ☒ Sim ☐ Não		Anestesiologista: <u>Dr. Anderson</u> Instrumentador (a): <u>Dr. Anderson</u> Enfermeira: <u>Enfermeira</u>	

Chagas Wilson
Cirurgião
MOD. 135-HGV
Anestesiologista: Dr. Anderson
Instrumentador (a): Dr. Anderson
Enfermeira: Enfermeira
Técnico de Enfermagem: Técnico de Enfermagem
COREN-PI 437.084

SEGURADOR: LIDER DEPART 23 & 12/12/2016 16:29 - 000000014068

Matrícula: 000.000.000-9
CPF: 279.080.000-97
CÓPIA DE PRONTUÁRIO



VI) CIRURGIA Você já realizou alguma cirurgia: () Não () Sim Qual(is): <u>3. cirurgia na coluna lombar 72</u> Qual o ano? <u>72</u>	
(VII) EDUCAÇÃO MULTIPROFISSIONAL: O paciente apresenta necessidade de Educação multiprofissional: () Sim () Não Em que necessidade: () Cirurgia () Pós-ala () Hábitos alimentares/Dietoterapia () Autocuidado/Hábito de vida diária () Outro Pessoa envolvida no processo de Educação multiprofissional: () Paciente () Acompanhante () Familiar Realiza algum tratamento especializado: () Sim Não () Qual: <u>4. 11/07/2017</u>	
(VIII) NECESSIDADE ESPECIAIS: 1. O paciente faz parte de populações especiais? () Não () Sim () Não se aplica () Criança () Idosos debilitados () Adolescente () Pacientes com distúrbios emocionais ou psiquiátricos () Indígena () Outro: Qual? <u>72</u> 2. Qual a assistência deve ser prestada de forma diferenciada? () Alimentação () Linguagem <u>5. 11/07/2017</u> () Ureambulação/Mobilidade () Surdo e mudo () Sono e repouso () Comunicação <u>72</u> () Acompanhante () Outros: Qual? <u>72</u> 3. Registre os cuidados especiais e serem realizados: <u>72</u>	
(IX) INFORMAÇÕES ADICIONAIS: <u>72</u> Trouxe exames? () Não () Sim Qual(is)? <u>72</u> O Sr. ou Sr. ^a gostaria de fazer alguma pergunta em relação à estas folhetos? () Não () Sim. Folhetos de direitos e deveres do paciente () Não () Sim. Folhetos de Higienização das mãos () Não () Sim. Folhetos de Risco de quedas () Não () Sim. Identificação com pulseira O Sr. ou Sr. ^a gostaria de fazer alguma pergunta? <u>72</u>	
DECLARO A CONFIRMAÇÃO DOS DADOS ACIMA Nome: <u>72</u> Identificação/Responsável: <u>72</u> Assinatura: <u>72</u> Grau de parentesco (se aplicável): <u>72</u> Data: <u>17.06.16</u> Hora: <u>09:16</u> <u>72</u> ASSINATURA DO(A) ENFERMEIRO(A)/CARIMBO	

SERENIDADE LUISE DE JESUS 21.12.2016 14:28

ASL-0102

SERVIÇO CONT.

11/07/2017

ASL-0102

CONF. ORIGINAL

Em 11/07/2017

ASSINATURA DO(A) ENFERMEIRO(A)

CPI: 075.000.000

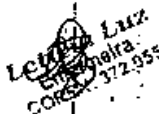
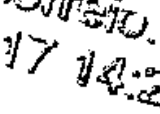
CÓPIA DE PRODUÇÃO



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
CHECK LIST - PÓS-OPERATÓRIO

NOME: Alves do Rocha DN: 000000014098
DO CENTRO CIRÚRGICO: 19/17
PARA CLÍNICA: 11/2017 DATA: 11/10/2017 HORÁRIO: 14:20

Nº	ITENS A SER CHECADOS ANTES DE O PACIENTE RETORNAR À CLÍNICA	CHECAR
1	Conferir a identificação do paciente (pulseira, nome completo e data de nascimento).	☒
2	Confirmar com o enfermeiro (a) do setor qual será o leito do paciente, informando as condições clínicas do mesmo.	☒
3	Verificar se a prescrição médica está anexada ao prontuário.	☒
4	Verificar se o formulário de antibiótico está anexado ao prontuário (se for o caso).	☒
5	Verificar se os exames estão anexados ao prontuário.	☒
6	Verificar se há solicitação de raio-X no pós-operatório e se houver encaminhar o paciente ao setor de radiologia.	☒
7	Verificar e anotar os SSVV no prontuário (incluindo a dor).	☒
8	Fazer o registro de enfermagem no prontuário.	☒
9	Solicitar o maqueiro para o transporte do paciente e encaminhar à clínica ou setor de radiologia (se necessário).	☒

ASSINATURA DO (A) ENFERMEIRO (A) E CARIMBO.	ASSINATURA DO (A) TÉCNICO (A) OU AUXILIAR DE ENFERMAGEM E CARIMBO.
 Luz Enfermeira CORE: 372.955	 11/10/2017 14:20:24

OBS: O paciente deve ser encaminhado à clínica e radiologia obrigatoriamente de maca. O preenchimento deve ser feito pelo enfermeiro ou técnico do CC.

Av. Frei Serafim, 2352 - Centro - CEP: 84001-020 - Toledo - PI - Tel. 88 - 3221-3040





HOSPITAL GETULIO VARGAS
Av. Fiel Serafim, 2352 Centro - Fone: 88 3221-3040
TERESINA - PI CEP: 6400000 CNPJ: 06.553.694/0104-43

Paciente: LEANDRO ALVES DA ROCHA

Cartão: 130432

Nasc.: 13/04/1984

Idade: 3292

Médico Solicitante: JOSE WILSON RODRIGUES

Clínica Solicitante: AMB DERMATOLOGIA

Id. Internação / Leito: DERMATOLOGIA / 112

Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 134846

Idade: 32a 2m 5d

Sexo: M

Data Pedido: 17 de Junho de 2016

Data do Laudo: 17 de Junho de 2016

EMOGRAMA COMPLETO

HEMOGRAMA

Referências

Unidade

Hemácias em milhões/ml..... 4,03

Hemoglobina em g/dl..... 12,00

Hematócrito em %..... 36,00

I. Glob. Média em u3..... 89,33

M. Glob. Média em uug..... 29,78

H. Glob. Média em %..... 33,33

S: DISCRETA ANISOCITOSE

Valores de

Homem

4,5 - 6,5	3,9 -
5,8	
13,5 - 18,0	11,5 -
16,4	
40,0 - 54,0	36,0 -
47,0	
76,0 - 96,0	
27,0 - 32,0	
32,0 - 36,0	

LEUCOGRAMA

Valores Encontrados

Leucócitos por ml..... 9.190

Neutrófilos.....

Linfócitos.....

Monócitos.....

Eosinófilos.....

Basófilos.....

Plasmócitos.....

Trombócitos.....

Plaquetas.....

S:

Plaquetas..... 195.000 mm³

S:

4.000 - 10.000

0

0 - 1

1 - 3

40 - 75

1 - 5

0 - 1

20 - 45

2 - 10

142.000 mm³ a 450.000
mm³

SEGUROSA LIDER DRAFT 23 & 12/12/2016 16:29 - 00000014091

13/06/2016
15:53

HOSPITAL GETULIO VARGAS

CONFIRMAÇÃO ORIGINAL

Em, 11/06/2016

Edna Maria da Silva

Matrícula: 01.113-9

CPF: 035.880.013-97

CÓPIA DE PRESENTAÇÃO

MARIA DO ROSARIO CONCEICAO MOURA NUNES
1839



Município: Teresina - PI CEP: 64000-000 CNPJ: 06.553.564/0104-43

134040

Contratante: 130432 Nome: LEANDRO ALVES DA ROCHA

Endereço: LOGGINHA

Cidade: CARACOL

UF: P ZONA RURAL

CEP: 64795-000

Sexo: M DT. Nasc: 13/04/1984 Idade: 32 Anos

Estado Civil: U Profissão: TRABALHADOR RURAL

Admissão: 17/06/2016 Telefone: 89-8115.4866

Carteira SUS: 898003734890901 CPF: 02329293356

Justificativa:

Data	Assinatura
7/10/16	E. Saucineide Passos dos Reis
3/10/16	E. Saucineide Passos dos Reis
7/10/16	E. Saucineide Passos dos Reis
1/1/	
1/1/	
1/1/	
1/1/	
1/1/	
1/1/	
1/1/	
1/1/	
1/1/	
1/1/	
1/1/	
1/1/	

Assinatura: _____

Ass. Médico Solicitante

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: CPF: _____

CONFERE COM ORIGINAL
Em 11/08/16
Edna Maria da Silva
134040-9

SEMPRE LIGAR DUPL 23 & 12/12/2016 16:29 - 00000014092



DOCUMENTO 7 "17%"

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180530980 **Cidade:** Caracol **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO ALVES DA ROCHA **Data do acidente:** 08/06/2016 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TERÇO DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD, EVIDENCIAMOS DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA, COM DATA DE 01/12/16, EMITIDA PELO DR. RAUL RUBEN DE MACEDO NETO, CRM No. (PREJUDICADO), DO HOSPITAL REGIONAL SENADOR CÂNDIDO FERRAZ, EVIDENCIA RESOLUÇÃO COMPLETA, SEM COMPROVAÇÃO DE LIMITAÇÃO INSUSCEPTÍVEL A TERAPÊUTICA OU MECANISMO DE TRAUMA QUE ACARRETE PREJUÍZO FUNCIONAL PARCIAL/TOTAL A VÍTIMA.

DANOS

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Condições de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0042743/17

Vítima: LEANDRO ALVES DA ROCHA

CPF: 023.292.933-56

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 08/06/2016

Titular do CPF: LEANDRO ALVES DA ROCHA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de Identificação

DUT

Outros

DOCUMENTO 8 "T8%"



LEANDRO ALVES DA ROCHA : 023.292.933-56

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.

Portador da documentação entregue

Data: 30/01/2017

Nome: LEANDRO ALVES DA ROCHA

CPF/CNPJ: 023.292.933-56

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 30/01/2017

Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

CPF: 760.547.217-04

LEANDRO ALVES DA ROCHA

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO



ARUANA SEGUROS

Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2017
Dependência 802
Carta N° 009

Guia de ASL
SEGURADORA LÍDER DPVAT

DESTINATÁRIO: VINICIUS SILVA

[illegible]

SEGRETORIA LITTE. OPUS - 7 - 18/01/17 18:23 - 000150118



COMPANHIA DE SANEAMENTO DE CARACOL

AGOSTO/2016 **19/08/2016** **90** **59,51**

ROGER FERREIRA RIBEIRO
R. CEARENSE S/N R. GERALDO R. DE ALE B. URBANO
CEP: 84.795-000 - CARACOL

DADOS DA UNIDADE

Alcôf	716	ROT: 271.547.07.03.265302
Anterior	626	DATAS DE FATURAMENTO
Constante de Multiplicação	1,000	Agosto: 12/08/2016
Consumo Medido	90	Anterior: 13/07/2016
Consumo Faturado	90	Posterior: 13/09/2016
Forma de Pagamento: NORMA	FCAM	Entrega: 12/08/2016
Classe de Consumo: RESIDENCIAL		Apresentação: 12/08/2016

DADOS DA UNIDADE DE CONSUMIDOR

Unidade	Número Medidor	Posto	Código Fato	Módulo
MONO	A1798400		1.1.1.1	104

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	Consumo
JUL/16	101
JUN/16	104
MAI/16	77
ABR/16	109
MAR/16	118
FEV/16	117
JAN/16	0
DEZ/15	0
NOV/15	0
OUT/15	0

TARIFA COM TRIBUTOS
 R\$ 59,51

DISCUSÃO DA CONTA

CONSUMO	90 A R\$ 0,591143 =	53,20
CONTA ILUMINACAO PLS (COSIP)		3,95
MULTA POR ATRASO 06/16-08		0,50
JUROS DE MORA DE INDO 06/16-08		2,23
		0,63

RENDIMENTOS IMPORTE E DEBITO DE VENCIMENTO

Mês/Ano: 07/2016 Valor R\$: 63,88

Unidade consumidora sujeita a pagamento do fornecimento de energia elétrica a partir de 27/09/2016. O não pagamento poderá acarretar a interrupção do fornecimento de energia elétrica. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconectar.

A COBRANÇA DO SERVIÇO DE TERCEIRO INCLUIDA EM SUA FATURA PODE SER CANCELADA A QUALQUER TEMPO EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO, EM CASO DE SINTOMAS DE DENGUE, CHIKUNGUNYA OU ZIKA. DIRIJA-SE AO SUO LIGUE 0800 086 0860 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO D097.C2F0.8921.45F6.4799.7A14.9F0E.47DA

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Distribuição	13,54
Energia	19,92
Transmissão	1,83
Perdas	4,30
Tributos	13,61

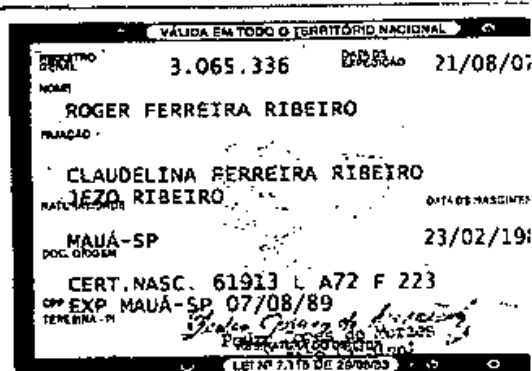
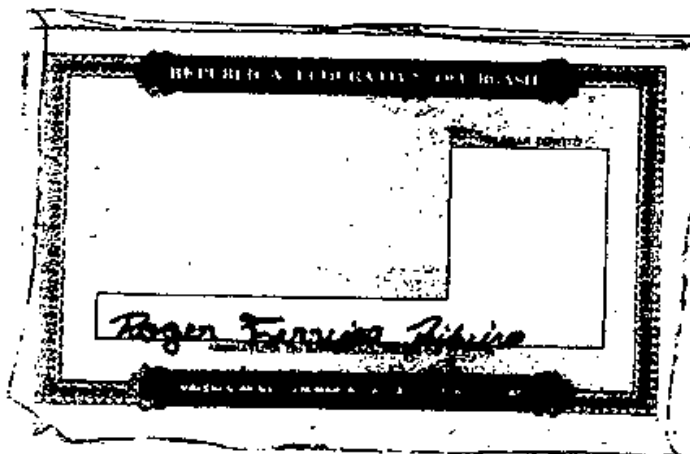
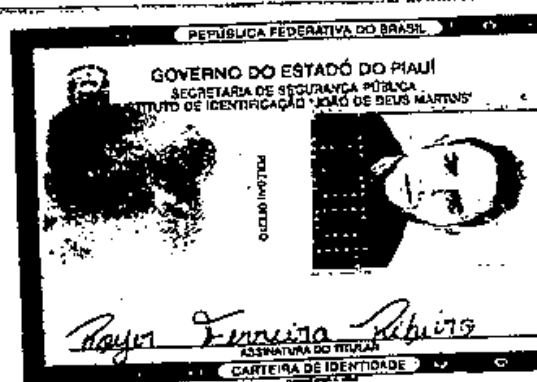
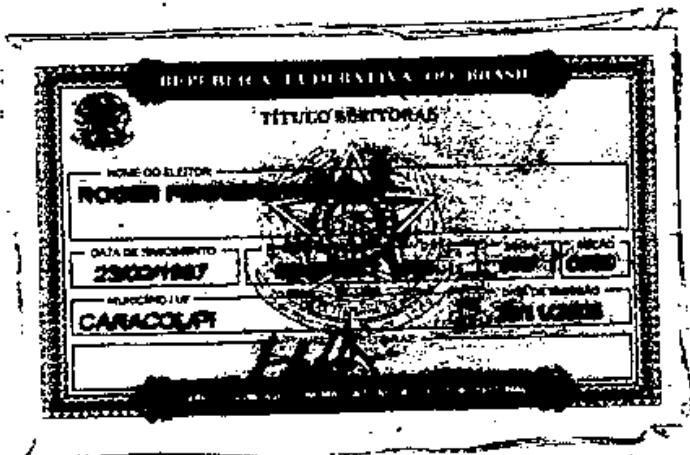
INDICADORES DE CONTINGÊNCIA

Indicador	Atual	Anterior
OTC	6,47	12,04
OTC	25,89	3,73
OTC	7,47	14,95
OTC	3,50	0,00

SAO. RAIMUNDO NORA

06/2016 **24,84**

SEMPRE LIGUE 0800 086 0860



SEGURANÇA LIDER DPVAT 23 & 12/12/2016 16:27 - 000000014024



ASL-0005689/17
smbs.correio.802
11/01/2017 14:26:30

ASL-0005689/17
smbs.correio.802
11/01/2017 14:26:30

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 044.687.153-24
NOME ROGER FERREIRA RIBEIRO
Inschriftor 2310211987

VALIDAR EMSETE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

SEUSP/00891 LUCAS DP/01 23 e 12/12/2016 16:27 - 000000014073

ASL-0005689/17
smbs.correio.802
11/01/2017 14:26:30

ASL-0005689/17
smbs.correio.802
11/01/2017 14:26:30

ASL-0005689/17
smbs.correio.802
11/01/2017 14:26:30

ASL-0005689/17
smbs.correio.802
11/01/2017 14:26:30

ASL-0005689/17
smbs.correio.802
11/01/2017 14:26:30



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0005689/17
Vítima: ROGER FERREIRA RIBEIRO
CPF: 044.687.153-24

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 20/09/2016
Titular do CPF: ROGER FERREIRA RIBEIRO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro:

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

ROGER FERREIRA RIBEIRO : 044.687.153-24

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.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo recebimento na seguradora
Data: 04/01/2017 Nome: ROGER FERREIRA RIBEIRO CPF/CNPJ: 044.687.153-24	Data: 04/01/2017 Nome: EWERTON GEVEZIER SUARES CPF: 109.320.367-67
ROGER FERREIRA RIBEIRO	EWERTON GEVEZIER SUARES



DPVAT

Seguradora Líder

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04 32

Twitter.com/dpvatoficial

Facebook.com/dpvatoficial

site: www.vivosegurodotransito.com.br

POSTA

SEGURA

ASL-0005689/17
simbs.correio.802
11/01/2017 14:32:17

ASL-0005689/17
simbs.correio.802
11/01/2017

ASL-0005689
simbs.correio.802
11/01/2017 14:32:17

ASL-0005689/17
simbs.correio.802
11/01/2017 14:32:17

ASL-0005689/17
simbs.correio.802
11/01/2017 14:32:17

REMITENTE / Remitter	TELEFONE / Phone Number	PAIS / Country	UF / State	CIDADE / City	CEP / ZIP
Leandro Alvin da Rocha	981007794	PR	Paraná	Caracol	64795000
ENDERECO / Address	alt. alegre				

RECEBER MATERIAIS E PRESTAR O SEU AUXÍLIO

PROBADO
BR 100 1284-308

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA LEANDRO ALVES DA ROCHA
 DATA DO ACIDENTE 08/06/2016 CPF DA VÍTIMA 023.292.935-56
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO LEANDRO ALVES DA ROCHA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL CUIO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR PV ALTO ALEGRE
 Nº NS COMPLEMENTO _____ BAIRRO RURAL
 CIDADE CARACOL UF PI CEP 64195-000
 E-MAIL LEANDROALVES@HOTMAIL.COM TELEFONE (19) 94100-7794

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAL COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIAS ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECÍTUO DO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAL COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 1.500,00
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 33.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI Nº 474.
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.000,00 (REEMBOLSO ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS)
 • PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO PRETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
 • BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS 1005 NESTE FORMULÁRIO
 • ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE 15 SAC DPVAT 0800-022 3204

TADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 02/12/2016
 IDENTIDADE 52.765.930-7 557-57
 ASSINATURA Leandro Alves da Rocha

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 02/12/2016 MATR. CORREIOS 85976274
 NOME EDRAS ALISSAEL PORTO CARVALHO
 ASSINATURA Edras Alissael Porto Carvalho



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 2017

Cartã nº: 10488535

DOCUMENTO 1 "T196"



A/C: LEANDRO ALVES DA ROCHA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170073655 ASL-0042743/17

Vítima: LEANDRO ALVES DA ROCHA

Data Acidente: 08/06/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 18/01/2017 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 08/06/2016. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

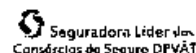
NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

317000088 LIDER DPVAT RJ 22-FEB-2017 11:21 004197 1/1



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0042743/17
Vítima: LEANDRO ALVES DA ROCHA
CPF: 023.292.933-56

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 08/06/2016
Titular do CPF: LEANDRO ALVES DA ROCHA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Outros

LEANDRO ALVES DA ROCHA : 023.292.933-56
Autorização de pagamento

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.

Portador da documentação entregue

Data: 31/03/2017
Nome: LEANDRO ALVES DA ROCHA
CPF : 023.292.933-56

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 31/03/2017
Nome: Sharon David Mendes
CPF: 172.999.967-07

LEANDRO ALVES DA ROCHA

Sharon David Mendes





Seguradora Líder

SEGURADORA

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04



Facebook.com/dpvatoficial



Youtube.com/dpvatoficial



Twitter.com/dpvatoficial

BLOG: www.viversegurodotransito.com.br



LEANDRO ALVES DA ROCHA		TELEFONE / Phone Number	
ENDEREÇO / Address			
RUA PROJETADA SN - ALTO ALEGRE			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
64795000	CARACOL	PI	

3100043635	AB-2012/12/12
------------	---------------

RECOLHER MATERIAS E PRESERVAR O MEIO AMBIENTE



DEVOLUÇÃO	1º	2º	3º
☐ NÃO DEVOLVIDO	☐	☐	☐
☐ RECLAMADO	☐	☐	☐
☐ RECONHECIDO	☐	☐	☐
☐ NÃO RECONHECIDO	☐	☐	☐
☐ ALIENADO	☐	☐	☐
TENTATIVAS			
☐ Informação			
☐ Reintegração			
Data			



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA EDNAN SOARES DA ROCHA
DATA DO ACIDENTE 08/06/2016 CPF DA VITIMA 023.292.933-56
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARENTESCO COM A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR R. ATO ALEIDE - RUA
Nº 514 COMPLEMENTO ASA BAIRRO RURAL
CIDADE BARAUNA UF Pi CEP 64395-000
E-MAIL _____ TELEFONE (89) 981007394

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
() CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES)
() LAUDO DO IML - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
() NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
() BOLETIM DO PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA SIMPLES)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() OUTROS DOCUMENTOS
OBS: REPRESENTANTE LEGAL MENOR DE 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL - CÓPIA AUTENTICADA: ☐ SIM ☐ NÃO
() CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES)
() COMPROVANTES (ORIGINALS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINALS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() OUTROS DOCUMENTOS
OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
• MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 7.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204
• TODOS OS DOCUMENTOS DEVEM ESTAR LEGÍVEIS

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 02/07/2017
IDENTIDADE 023.292.933-56
ASSINATURA Ednan Soares da Rocha

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 03/07/2017 MATR. CORREIOS 8.523.505
NOME Wesley de Almeida Soares
ASSINATURA Wesley de Almeida Soares

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)			
Nome: LEANDRO ALVES DA ROCHA			
Nacionalidade: Brasileiro	Estado Civil: Casado	Profissão: Lavrador	
RG: 52.765.930-7	Org. emissor: SSP/SP	D. Expedição: 07/05/2010	CPF: 023.292.933-56
Endereço: Povoado Alto Alegre		Nº S/N	Bairro: Zona Rural
Cidade: Caracol		Estado: Piauí	CEP: 64.795-000

OUTORGADO: (Dados do procurador)			
Nome: EDSON FRANK MORAIS DA SILVA			
Nacionalidade: Brasileiro	Estado Civil: Divorciado	Profissão: Autônomo	
RG: 2.080.978	Org. emissor: SSP/PI	D. Expedição: 08/06/16	CPF: 954.815.083-20
Endereço: Praça Francisco Antônio da Silva		Nº 19	Bairro: Centro
Cidade: São Raimundo Nonato		Estado: Piauí	CEP: 64.770-000

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representa-me perante a Seguradora LIDER dos Consórcios do Seguro DPVAT, Seguradoras Conveniadas e a SUSEP, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep, podendo enfim assinar, ou requerer e receber Prontuários Médicos ou quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima: **LEANDRO ALVES DA ROCHA**.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Acidente ocorrido em: 08/06/2016

São Raimundo Nonato – PI, 11 de Outubro de 2018.



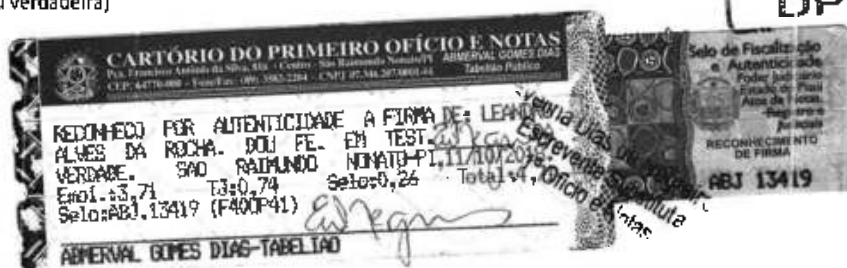
Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autêntica ou verdadeira)

PJ CORRETO
DE SEGUROS

12 NOV 2018

DPVAT



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0409930/18

Número do Sinistro: 3180530980

Vítima: LEANDRO ALVES DA ROCHA

CPF: 023.292.933-56

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 08/06/2016

Titular do CPF: LEANDRO ALVES DA ROCHA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

LEANDRO ALVES DA ROCHA : 023.292.933-56

Autorização de pagamento

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: 29/11/2018
Nome: EDSON FRANK MORAIS DA SILVA
CPF: 954.815.083-20

EDSON FRANK MORAIS DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2018
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

