



Número: **0803499-58.2018.8.18.0031**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Parnaíba**

Última distribuição : **04/11/2018**

Valor da causa: **R\$ 21.265,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALYSSON ALMEIDA DE AGUIAR (AUTOR)		ADELMIR LIMA DE SOUSA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
3669543	04/11/2018 19:35	Doc. pessoais alysson	Documentos

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: ALYSSON ALMEIDA DE AGUIAR, brasileiro, solteiro, portador do RG. Nº 1.357.451-PI e CPF nº 566.551.693-72, residente domiciliado no Conjunto Igaracú, Rua 03, Quadra 07, Casa 12, Bairro Rodoviária, Parnaíba-Piauí.

OUTORGADO: ADELMIR LIMA DE SOUSA, brasileiro, casado, advogado, OAB-PI nº 6195, com escritório profissional localizado na Rua Antonieta Veloso nº312 bairro Rodoviária, Parnaíba-Piauí.

a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula ad judicia, em qualquer juízo, instância ou tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-los nas contrárias, seguindo umas e outras, até o final da decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poder para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda, substabelecer a outrem com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, para representa-la em **AÇÃO DE COBRANÇA C/PEDIDO DE ANTECIPAÇÃO DE TUTELA**, em trâmite neste Juizado.

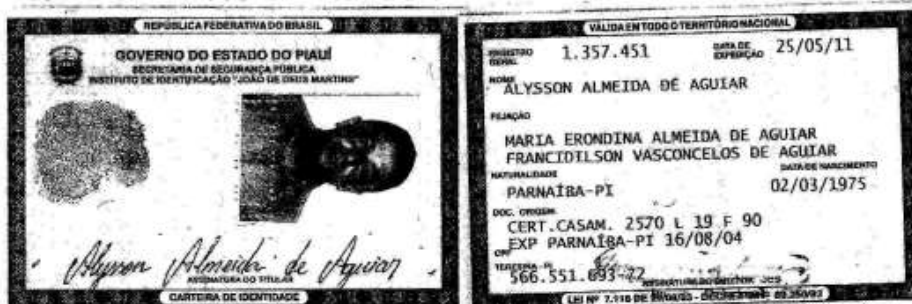
Parnaíba, 04 de novembro de 2018



ALYSSON ALMEIDA DE AGUIAR



DOC 2



DOC 3

 AGESPISA Agência Reguladora de Saneamento Básico do Estado de São Paulo		Av. Marechal Castelo Branco, 187 - Norte Inscrição Estadual: 18.361.656-7 CNPJ: 16.846.747/0001-27 E-mail: atendimento@agespisa.com.br Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8888		PATURA MENSAL Referência: SET/2011 Vencimento: 20/09/2011 Matrícula: 0720125-7	
NOME: MARIA ERONDINA A AGUIAR ENDEREÇO: CON IGARACU, 12 9 07 BAIXADA: PARNAIABA-PI AGENTE: 12					
AE: 3/2 PTU: 1 Categoria de Uso: 1 Inscricao: 077 04 12 21 0170-00 Situação de Faturamento: FATUR. P/CONSUMO NORMAL					
Quantidade de Água Distribuída 1ª leitura de Medição Inicial: 25 2ª leitura de Medição Final: 26 3ª leitura de Medição Intermediária: 26		Consumo 1ª leitura de Medição: 25 2ª leitura de Medição: 0 3ª leitura de Medição: 0		Consumo 1ª leitura de Medição: 127 2ª leitura de Medição: 26 3ª leitura de Medição: 26	
Unidade: AGUA TRATADA E CLORADA-LIMPE SUA CAIXA D AGUA A CADA 6 MESES.		Consumo Médio: 21 Consumo Máximo: 26			
Data de Vencimento: 04/11 Valor do Consumo: 1016 Valor do Consumo: 1038 Valor do Consumo: 1057 Valor do Consumo: 1076 Valor do Consumo: 1104 Valor do Consumo: 1130		Descrição de Fatura: AGUA 009 MANUTENCAO DE HIDROMETRO		Valor do Consumo: 75,77 Valor do Consumo: 1,15	
Cód. Baixa: 00000000 Cód. Baixa: A05N037247		Pague até o vencimento. EVITE COBRANÇA DE MULTA/JUROS DE MORA.		TOTAL PAGAR: 888876,92	
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS O VENCIMENTO					



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
SERVIÇO DE MEDICINA LEGAL DE PARNAIBA – PIAUÍ

LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO – LESÃO CORPORAL

Aos 03 do mês de outubro de 2011, neste estado do Piauí, o médico legista Francisco Bompert Pires, perito médico legal, procedeu a exame de corpo de delito - lesão corporal no(a) periciando(a) **Alysson Almeida de Aguiar**, R.G.I.357.451-SSP-PI, DN:02/03/1975, pardo, a fim de ser atendida a requisição da **Delegacia do 2º D.P.PI**, devendo descrever com verdade e com todas as circunstâncias o que encontrou, descobriu e observou, bem assim para responder os seguintes quesitos oficiais: 1) *Há ofensa à integridade corporal ou à saúde do paciente?* 2) *Qual o instrumento ou meio que a produziu?* 3) *Foi produzida por meio de veneno, fogo, asfixia, tortura ou outro meio insidioso ou cruel?* 4) *Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias?* 5) *Resultou perigo de vida?* 6) *Resultou debilidade permanente ou perda ou inutilização de membro, sentido ou função?* 7) *Resultou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável ou deformidade permanente?* 8. *Outros dados julgados úteis?*. Em consequência, passou o perito a fazer o exame ordenado e as investigações que julgou necessária, findo o qual declarou:

Periciando refere acidente motorizado em 22/08/11 às 19:20h.(BR.343)

Ao Exame: Cicatriz de ferimento contuso em região parietal esquerda – cicatriz de ferimento abrasivo em braço e cotovelo esquerdo + cotovelo direito + face anterior de pé e tornozelo esquerdo + joelho esquerdo + face lateral externa de glúteo esquerdo.

Terminada a perícia, montaram-se as respostas aos quesitos;

1) *Há ofensa à integridade corporal ou à saúde do paciente?* **Sim**

2) *Qual o instrumento ou meio que a produziu?* **Contundente e Abrasivo**

3) *Tais lesões poderão ter sido provocadas por acidente de trânsito?* **Sim**

4) *Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função?* **Não**

7) *Resultou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável ou deformidade permanente?* **Não**

8) *Outros dados julgados úteis?*

Parnaíba, 03 de outubro de 2011.

Dr. FRANCISCO BOMPERT PIRES
CRM 4375 CIC 130527685/04

Francisco Bompert Pires
Perito Médico Legista



DOC 5

RELATORIO MÉDICO

O B.O. N.º 554 979/2011 CHEFIDO PELA DELEGACIA 2ª DISTRICTO POLICIAL DE PAB-PI RELATA QUE NO DIA 22.08.2011 O SR. AIVESON ALMEIDA DE AGUIAR - 36 ANOS, SEXO MASCULINO DE TRANSPORTE POR VIA PUBLICA NESTA CIDADE QUANDO PERDEU O CONTROLE DA VEICULA VINDO A ENTRA SENDO TCE A EQUIPE DO SA - 001 FICOU O SEU TRANSPORTE ATÉ O HOSPITAL DE OCUARIO GERAL DE PARNABA DE MARIO BENJAMIN O CLAMOROU E SOLICITOU CT DO CARRO E O INTERNO NA UTI QUANDO O URGENTISTA DR. FABI O ACOMPANHOU E REALIZOU EXAMINACAO ORTOFONICA, RECEBEU ALTA DA UTI 22.08.2011 O HOSPITALARNA EM 02.09.2011. HOJE APRESENTA CEFALIA, TONTURA, DISTURBIOS DE EQUILIBRIO, DIMINUIÇÃO VISÃO E AUDIÇÃO, DISTURBIO DO COMPORTAMENTO PÓS TCE, AVALIADO UMA PERDA DA AVALIACAO UNICAP: 40% + AVIACAO GSR: 60% + DISTURBIO DO COMPORTAMENTO PÓS TCE: 70%. OBTIVU ALTA DEFINITIVA EM 25.11.2011

CARTORIO DELEGACIA - 2º. Ofício
Av. Presidente Vargas, 164 - Centro - Parnaíba-PI
Reconheço por semelhança a firma de DECIO CAVALCANTE BASTOS FILHO
Parnaíba-PI, 25/11/2011 11:04:40.
R\$ 3,00
16C30F22/1
Em testemunha
Marta Teresa Mendes Rocha Lima - Escriventa
Valido somente com o carimbo do cartório.

Estou ciente das penalidades do Art. 299 do CPB (omitir em documento publico ou particular declaração que nele devia constar ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante "Falsidade Ideológica".
Assinatura da Vitima ou Responsável: *Adelmir Lima de Sousa*

Parnaíba-PI, 25 de novembro de 2011.

Dr. Decio Bastos Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1036

DECIO BASTOS FILHO CRM : 1036/PI



PREFEITURA MUNICIPAL DE PARNAÍBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU 192 - PARNAÍBA - PI



CERTIFICAÇÃO

CERTIFICAMOS, que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 PARNAÍBA, fez o atendimento do Sr. ALYSSON ALMEIDA DE AGUIAR, RG: 1.357.451 SSP - PI, vítima de ACIDENTE DE TRÂNSITO COM MOTOCICLETA, ocorrido no Balão da Rodoviária, no dia 22 de agosto de 2011. Na ocasião, o cliente foi atendido pela equipe do SAMU, onde foram realizados os procedimentos necessários, e encaminhado ao Hospital Estadual Dirceu Arcoverde.

Em anexo, cópia do primeiro atendimento.

Parnaíba, 06 de outubro de 2011.


MILENA GURGEL

Coordenadora Geral do Complexo de Urgência e Emergência
de Parnaíba





RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DO SAUW - 128 PARANÁ Nº DA SOLICITAÇÃO: AR 128

C.08 19/02/01 C.21 02/03/01 C.28 02/03/01 C.29 02/03/01

1. REFERÊNCIA: 128.001.11

2. ENDEREÇO: Rua da República

3. NOME: Wilson Oliveira de Souza

4. SEXO: M S. IDADE: 37 ANOS

5. ESTADO: PR

6. MUNICÍPIO: Curitiba

7. CIDADE: Curitiba

8. C. QUADRO: 1

9. C. QUADRO: 2

10. C. QUADRO: 3

11. C. QUADRO: 4

12. C. QUADRO: 5

13. C. QUADRO: 6

14. C. QUADRO: 7

15. C. QUADRO: 8

16. C. QUADRO: 9

17. C. QUADRO: 10

18. C. QUADRO: 11

19. C. QUADRO: 12

20. C. QUADRO: 13

21. C. QUADRO: 14

22. C. QUADRO: 15

23. C. QUADRO: 16

24. C. QUADRO: 17

25. C. QUADRO: 18

26. C. QUADRO: 19

27. C. QUADRO: 20

28. C. QUADRO: 21

29. C. QUADRO: 22

30. C. QUADRO: 23

31. C. QUADRO: 24

32. C. QUADRO: 25

33. C. QUADRO: 26

34. C. QUADRO: 27

35. C. QUADRO: 28

36. C. QUADRO: 29

37. C. QUADRO: 30

38. C. QUADRO: 31

39. C. QUADRO: 32

40. C. QUADRO: 33

41. C. QUADRO: 34

42. C. QUADRO: 35

43. C. QUADRO: 36

44. C. QUADRO: 37

45. C. QUADRO: 38

46. C. QUADRO: 39

47. C. QUADRO: 40

48. C. QUADRO: 41

49. C. QUADRO: 42

50. C. QUADRO: 43

51. C. QUADRO: 44

52. C. QUADRO: 45

53. C. QUADRO: 46

54. C. QUADRO: 47

55. C. QUADRO: 48

56. C. QUADRO: 49

57. C. QUADRO: 50

58. C. QUADRO: 51

59. C. QUADRO: 52

60. C. QUADRO: 53

61. C. QUADRO: 54

62. C. QUADRO: 55

63. C. QUADRO: 56

64. C. QUADRO: 57

65. C. QUADRO: 58

66. C. QUADRO: 59

67. C. QUADRO: 60

68. C. QUADRO: 61

69. C. QUADRO: 62

70. C. QUADRO: 63

71. C. QUADRO: 64

72. C. QUADRO: 65

73. C. QUADRO: 66

74. C. QUADRO: 67

75. C. QUADRO: 68

76. C. QUADRO: 69

77. C. QUADRO: 70

78. C. QUADRO: 71

79. C. QUADRO: 72

80. C. QUADRO: 73

81. C. QUADRO: 74

82. C. QUADRO: 75

83. C. QUADRO: 76

84. C. QUADRO: 77

85. C. QUADRO: 78

86. C. QUADRO: 79

87. C. QUADRO: 80

88. C. QUADRO: 81

89. C. QUADRO: 82

90. C. QUADRO: 83

91. C. QUADRO: 84

92. C. QUADRO: 85

93. C. QUADRO: 86

94. C. QUADRO: 87

95. C. QUADRO: 88

96. C. QUADRO: 89

97. C. QUADRO: 90

98. C. QUADRO: 91

99. C. QUADRO: 92

100. C. QUADRO: 93

101. C. QUADRO: 94

102. C. QUADRO: 95

103. C. QUADRO: 96

104. C. QUADRO: 97

105. C. QUADRO: 98

106. C. QUADRO: 99

107. C. QUADRO: 100

108. C. QUADRO: 101

109. C. QUADRO: 102

110. C. QUADRO: 103

111. C. QUADRO: 104

112. C. QUADRO: 105

113. C. QUADRO: 106

114. C. QUADRO: 107

115. C. QUADRO: 108

116. C. QUADRO: 109

117. C. QUADRO: 110

118. C. QUADRO: 111

119. C. QUADRO: 112

120. C. QUADRO: 113

121. C. QUADRO: 114

122. C. QUADRO: 115

123. C. QUADRO: 116

124. C. QUADRO: 117

125. C. QUADRO: 118

126. C. QUADRO: 119

127. C. QUADRO: 120

128. C. QUADRO: 121

129. C. QUADRO: 122

130. C. QUADRO: 123

131. C. QUADRO: 124

132. C. QUADRO: 125

133. C. QUADRO: 126

134. C. QUADRO: 127

135. C. QUADRO: 128

136. C. QUADRO: 129

137. C. QUADRO: 130

138. C. QUADRO: 131

139. C. QUADRO: 132

140. C. QUADRO: 133

141. C. QUADRO: 134

142. C. QUADRO: 135

143. C. QUADRO: 136

144. C. QUADRO: 137

145. C. QUADRO: 138

146. C. QUADRO: 139

147. C. QUADRO: 140

148. C. QUADRO: 141

149. C. QUADRO: 142

150. C. QUADRO: 143

151. C. QUADRO: 144

152. C. QUADRO: 145

153. C. QUADRO: 146

154. C. QUADRO: 147

155. C. QUADRO: 148

156. C. QUADRO: 149

157. C. QUADRO: 150

158. C. QUADRO: 151

159. C. QUADRO: 152

160. C. QUADRO: 153

161. C. QUADRO: 154

162. C. QUADRO: 155

163. C. QUADRO: 156

164. C. QUADRO: 157

165. C. QUADRO: 158

166. C. QUADRO: 159

167. C. QUADRO: 160

168. C. QUADRO: 161

169. C. QUADRO: 162

170. C. QUADRO: 163

171. C. QUADRO: 164

172. C. QUADRO: 165

173. C. QUADRO: 166

174. C. QUADRO: 167

175. C. QUADRO: 168

176. C. QUADRO: 169

177. C. QUADRO: 170

178. C. QUADRO: 171

179. C. QUADRO: 172

180. C. QUADRO: 173

181. C. QUADRO: 174

182. C. QUADRO: 175

183. C. QUADRO: 176

184. C. QUADRO: 177

185. C. QUADRO: 178

186. C. QUADRO: 179

187. C. QUADRO: 180

188. C. QUADRO: 181

189. C. QUADRO: 182

190. C. QUADRO: 183

191. C. QUADRO: 184

192. C. QUADRO: 185

193. C. QUADRO: 186

194. C. QUADRO: 187

195. C. QUADRO: 188

196. C. QUADRO: 189

197. C. QUADRO: 190

198. C. QUADRO: 191

199. C. QUADRO: 192

200. C. QUADRO: 193

201. C. QUADRO: 194

202. C. QUADRO: 195

203. C. QUADRO: 196

204. C. QUADRO: 197

205. C. QUADRO: 198

206. C. QUADRO: 199

207. C. QUADRO: 200

208. C. QUADRO: 201

209. C. QUADRO: 202

210. C. QUADRO: 203

211

DOC 8

CARTORIO II OFICIO DE NOTAS
 10.º Ofício - Av. Presidente Vargas, 164 - Parnaíba - PI
 Certifica que a presente fotocópia está em todo conformidade
 com o original que conferi e ao qual se reporto e dou fé.
 da Verdade, Parnaíba, 25/11/11

ARTORIO BEZERRA
 NOME: NÉLIO ALBERTO MENDES BEZERRA - Escrivão

HOSPITAL ESTADUAL DURELI ACOVERDE

BO DE: 007/2 DATA: 22/08/2011 HORA: 19:50 QUARTO: MARISA
 SETOR: 03 - EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: ALISSON ALENCAR DE ARAÚJO DOC: 1
 NOME: 37 ANOS SEXO: MASCULINO
 NÚMERO: 99/00/0000
 COMPLEMENTO: CONT IGARACU RUA 05 0 02 C 12
 CIDADE: PARNÁIBA DATA: RODOVIA LÉ: PI CEP: 1
 RESIDENCIAL: AMICA TEL: 1
 RESIDENCIAL: PARNÁIBA
 RESIDENCIAL: ACIDENTE TRANSITO MOTORISTA/PASSEIRO
 RESIDENCIAL: ACIDENTE PLANO DE SAÚDE: NAO TRAUMA: NAO
 RESIDENCIAL: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

TA: 180 x 20 mmHg PULSO: 1 TEMP: 1

EXAMES COMPLEMENTARES: ☐ RAIOS ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ TC
☐ LÍQUOR ☐ ECO ☐ ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: ☐ SIM ☐ NAO

DADOS CLÍNICOS:

sem sinais de alteração de nível de consciência;
 Sinais de ferimento (hematomas e lacerações).

DIAGNOSTICO:

PRESCRIÇÃO:

1. Morfina 100mg
 2. Aspirina 100mg
 3. Diclofenaco 100mg
 4. Soro 7C de urina (hematuria) e exame de urina

DATA DA SAÍDA: ☐ DECIDIDA MEDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASAO ☐ DESISTENCIA
☐ ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
 INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SELECIONAR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAÚDE): ☐ UCI ☐ UPA ☐ UBS ☐ FAMILIA ☐ IMU ☐ ANAT. PATOL

OUTRO: ☐ ATE 48HS ☐ APÓS 48HS

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL: Edilene Santos

ASSINATURA DO MÉDICO: [Assinatura]



DOC 9

SUS		Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
Identificação do Estabelecimento de Saúde						7 - CNES			
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE						1 - CNES			
HOSPITAL ESTADUAL GOV. DIRCEU ARCOVERDE									
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE									
Identificação do Paciente						8 - Nº DO PRONTUÁRIO			
NOME DO PACIENTE						429			
1 - CARTÃO NACIONAL DE SUS						9 - SEXO			
021031975						10 - RAÇA/COR			
11 - NOME DA MÃE						12 - TELEFONE DE CONTATO			
Maria Brândina Almeida de Aguiar						13 - TELEFONE DE CONTATO			
14 - NOME DO RESPONSÁVEL						15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
Donato Gorgas, 12 B-07						16 - CID 10 PRIMÁRIO			
Parnaíba						17 - CID 10 SECUNDÁRIO			
Parnaíba						18 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO									
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS									
Paciente vítima de acidente no trânsito por litramento, rebaixamento de consciência, padrão respiratório em Glasgow 6/6, PEI nas pernas.									
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO									
Rebaixamento consciência, padrão respiratório em Glasgow 6/6.									
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)									
Politraumático TCC 3068									
23 - CID 10 PRIMÁRIO									
3068									
24 - CID 10 SECUNDÁRIO									
3068									
25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS									
3068									
PROCEDIMENTO SOLICITADO									
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO									
UTI									
27 - CATEGORIA									
31 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO									
32 - Nº DO DOCUMENTO (CN/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE									
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE									
Rômulo Carvalho Araújo									
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO									
22/09/2018									
35 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE									
[Assinatura]									
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)									
36 - Nº DO BULETE									
37 - Nº DO BULETE									
38 - Nº DO BULETE									
39 - Nº DO BULETE									
40 - Nº DO BULETE									
41 - Nº DO BULETE									
42 - Nº DO BULETE									
43 - Nº DO BULETE									
44 - Nº DO BULETE									
45 - Nº DO BULETE									
46 - Nº DO BULETE									
47 - Nº DO BULETE									
48 - Nº DO BULETE									
49 - Nº DO BULETE									
50 - Nº DO BULETE									
51 - Nº DO BULETE									
52 - Nº DO BULETE									
53 - Nº DO BULETE									
54 - Nº DO BULETE									
55 - Nº DO BULETE									
56 - Nº DO BULETE									
57 - Nº DO BULETE									
58 - Nº DO BULETE									
59 - Nº DO BULETE									
60 - Nº DO BULETE									
61 - Nº DO BULETE									
62 - Nº DO BULETE									
63 - Nº DO BULETE									
64 - Nº DO BULETE									
65 - Nº DO BULETE									
66 - Nº DO BULETE									
67 - Nº DO BULETE									
68 - Nº DO BULETE									
69 - Nº DO BULETE									
70 - Nº DO BULETE									
71 - Nº DO BULETE									
72 - Nº DO BULETE									
73 - Nº DO BULETE									
74 - Nº DO BULETE									
75 - Nº DO BULETE									
76 - Nº DO BULETE									
77 - Nº DO BULETE									
78 - Nº DO BULETE									
79 - Nº DO BULETE									
80 - Nº DO BULETE									
81 - Nº DO BULETE									
82 - Nº DO BULETE									
83 - Nº DO BULETE									
84 - Nº DO BULETE									
85 - Nº DO BULETE									
86 - Nº DO BULETE									
87 - Nº DO BULETE									
88 - Nº DO BULETE									
89 - Nº DO BULETE									
90 - Nº DO BULETE									
91 - Nº DO BULETE									
92 - Nº DO BULETE									
93 - Nº DO BULETE									
94 - Nº DO BULETE									
95 - Nº DO BULETE									
96 - Nº DO BULETE									
97 - Nº DO BULETE									
98 - Nº DO BULETE									
99 - Nº DO BULETE									
100 - Nº DO BULETE									

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL ESTADUAL GOVERNADOR DIRCEU ARCOVERDE
SERVIÇO DE ENFERMAGEM / ADMISSÃO DE PACIENTES

SESAPI
SECRETARIA DE SAÚDE DO PIAUÍ

1. IDENTIFICAÇÃO:
NOME: Alisson Almeida de Aguiar SEXO: M IDADE: 37a

2. PROCEDÊNCIA
1.1 - Residência () Hospital (X) PS Consultório ()
1.2 - Deambulando () Cadeira de rodas () Maca (X) Ambulância ()
3. MOTIVO DA INTERNAÇÃO: Cirúrgico () Clínico (X) Qual? TCE

4. HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA:
Hipertensão arterial () Diabetes ()
Prob.: Respiratórios (N) Cardíacos () Renais () Outros: _____
Alergia (N) Aque? _____
Tabagista (S) Etílica (S) Intervenção Cirúrgicas ()
Interações clínicas () ativo: _____

Usa uso regular de algum medicamento? (S/N) ()

MEDICAMENTO	ÚLTIMA DOSE
<u>Paracetamol comp.</u>	

5. INFORMAÇÕES PESSOAIS
PRÓTESE: Ocular (N) Dentária (N) Auditiva (N) Marca passo (N) Outros: _____
HÁBITOS INTESTINAIS: Frequência diária () Laxativos (S/N) () Última evacuação: sl alt
PADRÃO URINÁRIO: Caso apresente alguma anormalidade anotar nas OBSERVAÇÕES. sl alt

6. HISTÓRIA ATUAL
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: Lúcido () Confuso () Coma Superficial () AO=4 RM=2 RV=1
Coma profundo () Outros: _____
ESTADO EMOCIONAL: Tranquilo () Agitado (X) Tenso () Deprimido () Outros: _____
ESTADO CLÍNICO-Doença crônica () Dor () Doença Aguda (X) Localização: _____
Tipo: _____
RESPIRAÇÃO: Dispneia () Taquipneia () Espúrica (X) Bradipneica ()
PELE: Sudorese () Hipocorada () Normocorada (X) Cianose () Hidratada ()
Desidratada () Hiperóxica () Integridade (S/N) (N) Local: exame com pele
PULSO: Visível (X) Não visível () Anorexia ()
ALIMENTAÇÃO: Normal () Outros: _____
EDEMAS: Ausência (X) Generalizado () Cianose ()
EXTREMIDADES: Frias () Aquecidas (X)
SINAIS VITAIS: Tax: _____ °C Pulso: _____ bpm R: _____ rpm PA: _____ mmHg
DADOS ANTROPOMÉTRICOS: Peso _____ Kg Altura: _____ cm
TIPO SANGÜÍNEO: FATOR Rh: Positivo () Negativo ()

7. OBSERVAÇÕES: vítima de acidente automobilístico, no momento
há uso de gesso, que foi removido para relato de
exames anexos: TCE na I Sonda, submetido a cirurgia neu-
rológica.

8. EXAMES ANEXOS: TCE na I Sonda, submetido a cirurgia neu-
rológica.

Data: _____ Hora: _____
Assinatura: 3323 1200 Carla Fontenele Monteiro
LA Francilison (Pau) / Mª Eliandina





HOSPITAL ESTADUAL E PRONTO SOCORRO GOV. DIRCEU ARCOVERDE PARNAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

BOLETIM DE ADMISSÃO N° _____ LEITO _____

Nome: Alysson Almeida de Aguiar

Est. Civil Solteiro Sexo M Cor/Raça D.N. 0202.75 Profissão _____

ENDEREÇO RESIDÊNCIA

Rua Conj. Sgaratu, 12, 07 N° _____ Fone: _____

Cidade Parnaíba Bairro Sgaratu Mun. _____ Est. Piauí

End. de Hospedagem em _____ Bairro _____

Instituto _____ Matrícula _____ GIH _____

S.P.C.C. _____ Clínica _____ Médico _____

Admissão 22/08/11 Horas _____ Alta / / / Horas _____

Duração: Dias Hospitalização _____ Ass. do Funcionário: _____

RESPONSÁVEL (COM ENDEREÇO LOCAL)

Nome _____ Parentesco _____

Rua _____ N° _____ Fone: _____

RELATÓRIO DE ADMISSÃO

Diagnóstico provável _____

Histórico Clínico - Sintomas e Sinais Principais _____



CARTÓRIO II OFÍCIO DE NOTAS

1o. Ofício - Av. Presidente Vargas, 164 - Parnaíba - PI

Certifica que a presente fotocópia está em todo conforme o original que conferi e ao qual se reporto e dou fe.

Em Test. de Verdade, Parnaíba 25/11/11

Mário Alberto Mendes Bezerra - Escrevente



DOC 12

Dr. FARES.

ATAQUE HOSPITAL ESTADUAL DIRCELI ARCOVERDE

No. DO REG: 48772 DATA: 27/03/2011 HORA: 17:47 USUARIO: RAFAEL
END: SÍDIO: 01 - EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: ALISSON ALMEIDA DE AQUIAR DOC...:
IDADE: 37 ANOS NASC: 00/00/0000 SEXO: MASCULINO
ENDEREÇO: CONJ IDARACU RUA 05 B 07 C 12 NÚMERO:
COMPLEMENTO: BAIRRO: RODOLVIANA UF: PI CEP...:
MUNICÍPIO: PARNAIÁ
NOME PAI/MÃE: RESPONSAVEL: AMIGA TEL...:
PROCEDÊNCIA: PARNAIÁ
ATENDIMENTO: ~~CLÍNICA~~ cefaleia após prod.
CASO POLICIAL: NÃO PLANO DE SAÍDA: NÃO TRAUMA: NÃO
ACID. TRABALHO: NÃO VEIO DE AMBULÂNCIA: SIM 6 dias.

PA: [] X mmHg [] PULSO: [] TEMP.: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA [] FO
[] LÍQUOR [] ECO [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NÃO

DADOS CLÍNICOS:

TCE há 06 dias
sol. interm.

DIAGNÓSTICO: CID:

PRESCRIÇÃO	HORARIO DA MEDICAÇÃO

DATA DA SAÍDA: / / HORA DA SAÍDA: :
ALTA: [] DECISÃO MÉDICA [] A PERÍDO [] EVASÃO [] DESISTÊNCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO
HISTÓRIA DO PRÓPRIO HOSPITAL (SÍDIO):

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAÚDE):
ÓBITO: [] ATÉ 48HS [] APÓS 48HS [] FAMÍLIA [] UML [] ANAT. PATOL.

Assinatura do paciente/responsável
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

Assinatura e carimbo do médico
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO



DECLARAÇÃO

Eu, **ALYSSON ALMEIDA DE AGUIAR**, brasileiro, solteiro, portador do RG. nº 1.357.451-PI e CPF nº 566.551.693-72, residente domiciliado no Conjunto Igarapé, Rua 03, Quadra 07, casa 12, Bairro Rodoviária, nesta cidade, declaro para os devidos fins e direitos que é pessoa pobre na forma da lei e não tem condições financeiras de arcar com despesas processuais, sem prejuízo do seu próprio sustento e de sua família, nos termos da Lei nº 1060/50.

Parnaíba, 22 de maio de 2018

_____



DOC 14

http://ssp.server2/bo/admin/apuracao/procpolicial/proc_cad_print.asp?nModo=BO&nCodPP=154979 3/10/2011

B.O.: 554979 Página 1 de 1



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DO ESTADO DO PIAUÍ

BOLETIM DE OCORRÊNCIAS - B.O.

Oficial: FARIAS - 2º DP Razão pelo Registro: JOSE ESTO DE SOUSA
 Endereço: RAIMON PORTELA RAMOS Data/Hora: 22/08/2011 - 08:29

DADOS DA OCORRÊNCIA

Número do B.O.: 354973 Data/Hora: 22/08/2011 - 11:20
 Delegacia: 154973/2011 Número: 1
 FARIAS - 2º DP
 Loc.: BRASILEIA
 Av.: DEPUTADO FARIAS
 Complemento: Ponto de Referência:
 Tipo do Local: Complemento do Tipo do Local:
 Via Pública Bairro:
 Município: Rodovia:
 Fonecelo:



DADOS DO INFORMANTE

Nome: ADELSON ALMEIDA DE SOUSA Ocorrência: 1387461
 Endereço: R. 13 QUADRA 03, 12 Complemento: CONJUNTO 1387461
Bairro: RODOVIARIA

NATUREZA DO FATO

Natureza do Fato:
 Legado acidente no trânsito envolvendo veículo supracitado.

OBJETOS MATERIAIS ENVOLVIDOS

Desc. Material	Complemento	Valor	Quant.
Veículo - Moto	NIQ 4215 PIAUÍ	---	---

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Marca - Modelo - Ano	Placa	Cor	Registro	Cor
NENHUM VEÍCULO ENVOLVIDO REGISTRADO				

NARRATIVA DO FATO

NARRA QUE CONDUZIA SUA MOTOCICLETA HONDA TITAN 150, PLACA NIQ 4215, ANO/MODELO 2010, COR VERMELHA, REGISTRO 296930179, CHASSI 9C2R C25 20AR029322, EM NOME MARIA ERONDINA ALMEIDA ABUIAR, PELA 4 AVENIDA DEPUTADO FARIAS DE MACHADO E AO CHEGAR DE FRENTE A RODOVIARIA PERDEU O CONTROLE E CAIU SOBRE A PISTA DE ROLAMENTO, SENDO VITIMADO COM LESÃO MATERIAIS. S O RELATO.

Assinado eletronicamente por: JOSE ESTO DE SOUSA
 Responsável pela Informação



Artur Barros Leal
Delegado de Polícia





DOC 15

 **Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT**

RIO DE JANEIRO, 06 DE JANEIRO DE 2012

PREZADO(A) SENHOR(A)

INFORMAMOS QUE ESTAMOS DISPONIBILIZANDO O PAGAMENTO DA
INDENIZACAO DO SEGURO DPVAT NO VALOR DE RS
*****3.375,00 CUJOS DADOS DISCRIMINAMOS A SEGUIR:

SINISTRO N. - 2011/480568-01
VITIMA - ALYSSON ALMEIDA DE AGUIAR
FAVORECIDO /
BENEFICIARIO - ALYSSON ALMEIDA DE AGUIAR
GARANTIA - INVALIDEZ
PROCURADOR -
SEGURADORA - CENTAURO VIDA E PREVIDENCIA S/A

O VALOR ACIMA MENCIONADO ESTARA DISPONIVEL, A PARTIR DE
11/01/2012, NA CONTA CORRENTE (000000130978-7) AGENCIA
(00030-) DO BANCO (104), CONFORME INFORMADO POR V.SA.
NO FORMULARIO AUTORIZACAO DE PAGAMENTO/CREDITO DE SINI-
STRO - SEGURO DPVAT.

EM CASO DE DUVIDAS LIGAR PARA CENTRAL DE ATENDIMENTO
DPVAT, TEL. 0800.0221204.

ATENCIOSAMENTE,

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

