

ProOrd 0800130-66.2017.8.18.0039
JOSE BARBOSA SANTIAGO X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR...

8884925 - CONTESTAÇÃO (2705114 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 17/03/2020 17:03:51

17 Mar 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 8884922 - CONTESTAÇÃO
 - 8884925 - CONTESTAÇÃO (2705114 CONTESTACAO 01)
 - 8884937 - Documentos (2705114 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 8885343 - Documentos (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
 - 8885350 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 8885353 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

17:03

18 Dec 2019

PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE

Microsoft Word 2019

downloadBinario.seam 1 / 10

2705114- CS/ 2020-01125/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADO ASSOCIADOS

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

Processo: 08001306620178180039

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao

PT 17:04 17/03/2020



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

Processo: 08001306620178180039

SÚMULA 474 STJ: “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez.”

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE BARBOSA SANTIAGO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **01/10/2016**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **16/01/2017**.

Cumpra esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 337,50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

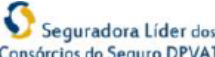
Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 337,50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, foi constatada lesão conforme podemos verificar abaixo:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3170185842	Cidade: Barras	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: JOSE BARBOSA SANTIAGO	Data do acidente: 01/10/2016	Seguradora: Investprev Seguradora S/A		
PARECER				
Diagnóstico: FRATURA DE PATELA DIREITA				
Descrição do exame médico pericial: EF: COM DISCRETA LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO D - FLEXAO DE 13 GRAUS ,COM PERDA DE 7,15 %.				
Resultados terapêuticos: ACIDENTE DE TRANSITO DIA 01 /10 /2016 COM HD FRATURA DE PATELA D. FEITO OSTEOSINTESE EM PATELA D DIA 01/10/16. FEZ 10 SESSOES DE FISIOTERAPIA. JA DE ALTA MEDICA DEFINITIVA.				
Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito em grau residual.				
Sequelas: Com sequela				
Data da perícia: 05/05/2017				
Conduta mantida:				
Observações: Indenização em grau residual do joelho devido a limitação residual da flexão articular. Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.				
Médico examinador: Edmar de Souza Lima Junior				
CRM do médico: 2313				
UF do CRM do médico: PI				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(…) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para

inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressalvar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 337,50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **01/10/2016**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 337,50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos)**.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/06/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE BARBOSA SANTIAGO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03436

CONTA: 000000027405-5

Nr. da Autenticação C7099BBA964D361D

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 337,50 (TREZENTOS E TRINTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIAÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸ **art. 1º. (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BARRAS, 17 de março de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
 - Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;
- 8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSE BARBOSA SANTIAGO**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **BARRAS**, nos autos do Processo nº 08001306620178180039.

Rio de Janeiro, 17 de março de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



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



343071

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.000129/2017-80

Unidade de Registro: DP DE BARRAS

Resp. pelo Registro: Geraldo Magela Veras Neto

Data/Hora: 16/01/2017 - 07:46

Unidade Policial Responsável

DP DE BARRAS

Tipo Local

OUTROS

Município

BARRAS

Endereço

RUA GENERAL TAUMATURGO DE AZEVEDO, Nº

Complemento

DADOS DA OCORRÊNCIA

336069

Data/Hora

01/10/2016 - 07:40

Bairro

OUTROS - ZONA URBANA

Ponto de Referência

DETRAN

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSE BARBOSA SANTIAGO

RG: 2.885.756 SSP/PI

Mãe: MARIA ANTONIA BARBOSA SANTIAGO

Pai: ANTONIO PEREIRA SANTIAGO

Endereço: LOCALIDADE HA MAIS TEMPO, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: BARRAS

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O notificante informa que no dia 01/10/2016 às 07h30min, o mesmo caminhava pela rua general taumaturgo de Azevedo, centro desta cidade de barras-pi QUE ao chegar próximo ao DETRAN desta cidade de barras-pi, foi atropelado por uma motocicleta não identificada vindo a causar queda do mesmo; QUE após o acidente o notificante foi socorrido por terceiros até o hospital leonidas meio nesta cidade de barras-pi, onde o notificante foi examinado e submetido a raio-x do joelho direito sendo constatado fratura, sendo encaminhado para o HUT hospital de urgência de Teresina-pi, onde foi submetido novamente a raio-x do joelho direito sendo constatado fratura, sendo submetido a cirurgia de joelho fraturado sendo medicado e liberado, era o que tinha a declarar.

Geraldo Magela Veras Neto - Mat. 2661941
AGENTE DE POLÍCIA

JOSE BARBOSA SANTIAGO
JOSE BARBOSA SANTIAGO - Notificante
Responsável pela Informação

Os originais estão no
ASL - 0052260114

Delegado de Polícia

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



0004

Inscrição

Eu, José Barbosa Santiago, portador da carteira de identidade nº 2.685.756 e inscrito no CPF/MF sob o nº 031.853.263-85 residente e domiciliado na localidade há mais tempo, zona rural Cidade Barras 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:

- (X) 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 a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

José Barbosa Santiago

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Barras 03/02/17

Local e data

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, José Barbosa Santiago, portador da carteira de identidade nº 2.689.756 e inscrito no CPF/MF sob o nº 031.853.263-85, residente e domiciliado na localidade da mais Tempo, Zona Rural Cidade Barras, 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:

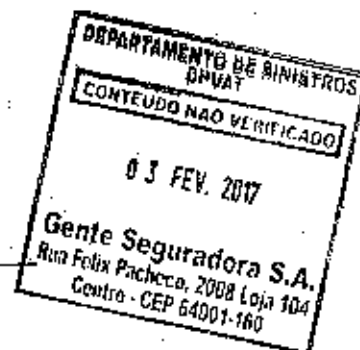
- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior 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 a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

José Barbosa Santiago

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Barras 03/02/17

Local e data



HOSPITAL REGIONAL LEONIDAS MELO
PRAÇA MONSENHOR BOZON, 210,
CENTRO, BARRAS/PI - 64100-000
CNPJ: 06553564000219
(86) 3242-1336 (86) 3242-1336

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: P030860
Data: 01/10/2016
Funcionário: CHAGUINHA

Registro: 9120
Hora: 07:57:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SUS

Senha 9

JOSE BARBOSA SANTIAGO

Nasc.: 22/07/1987 Idade: 29 ANOS, 3 MESES, 10 DIAS Profissão: Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64100
End.: Q-02 C-08, 0 - Bairro: PAQUETA Cidade: BARRAS/PI
Cor: Mãe: MARIA ANTONIA BARBOSA SANTIAGO Pai: ANTONIO PEREIRA SANTIAGO

Clínica: **ENFERMAGEM** Documento: 3 - MEDICO PLANTONISTA
Responsável: JOSE BARBOSA SANTIAGO - O MESMO

Temp.: °C Peso: Kg



Procedimentos

01/10/2016 7:57 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO ME

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal:

*RL MÚLTIPLO ATROFIA MÚLTIPLO
PI NOVO CUSTO*

Exame clínico/físico:

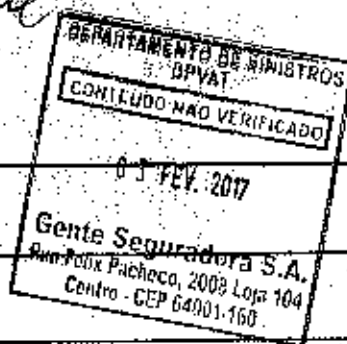
Diagnóstico provável:

*Varicela Pálida 1 ER 1970
Sintoma 1970 1970 1970 1970*

Medicação:

*0 1/2 comprimido de 100mg
1970 1970 1970 1970*

Procedimentos/exames realizados:



Ass. Técnico

Transfusão

Transfusão

AVT

Transfusão de Sanguis

*Dr. Wellington José de Almeida
Cirurgião Geral
R. P. 104, 1493
F. 133-00*

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/06/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE BARBOSA SANTIAGO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03436

CONTA: 000000027405-5

Nr. da Autenticação C7099BBA964D361D

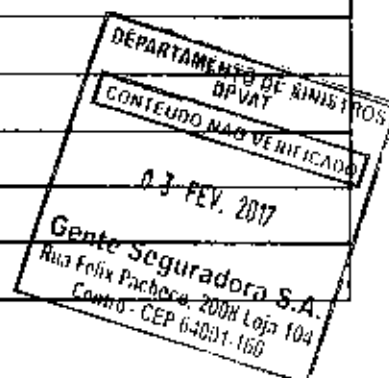


Documento de Identificação

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIAEu, José Barbosa SantiagoRG nº 2.685.756, data de expedição 15/05/07, Órgão SSP/PE

CPF nº 031.853.263-85, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>localidade Ha mais tempo</u>
Número	<u>SIN</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Barras</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64.100-000</u>
Telefone de Contato	<u>(86)99982.3093</u>
E-mail	



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Barras 03/02/17Assinatura do Declarante: José Barbosa Santiago

Nº de Fatura: 000918971

JUNHO/2016

01/07/2016

94

38,39

IRISMAN BARBOSA SANTIAGO
LC HA MAIS TEMPO S/M B-RURAL
CPF: 00000357915356
CEP: 64.100-000 - BARRAS

ROT: 138.313.16.81.031099

Consumo	1743	24/06/2016
Atividade	1649	24/05/2016
Consumo de Energia	1,000	25/07/2016
Consumo de Energia	94	24/06/2016
Consumo de Energia	94	24/06/2016
NORMAL		31

RESID. BX. RENDA	HONO	AG87295	1.4.1.1	70
MAR/16	88	CONSUMO	30 A R\$ 0,204592 =	6,14
ABR/16	73		64 A R\$ 0,350887 =	22,45
MAR/16	66	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		2,91
FEV/16	69	DIFERENCA DE TAXA		26,99
JAN/16	74	SUBVENCAO BAIXA RENDA		20,10
DEZ/15	76			
NOV/15	70			
OUT/15	69			
SET/15	76			
AGO/15	60			

DEPARTAMENTO DE BILHETES
OPVAT
CONTENIDO NAO VERIFICADO
03 FEV. 2017
Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2080 Loja 104
Centro - CEP 64007-100

Mes/Ano 05/2016

valor R\$ 35,13

A COBRANCA DO SERVICO DE TERCEIRO INCLUIDA EM SUA FATURA PODE SER CANCELADA A QUALQUER TEMPO EM Nossos CANAIS DE ATENDIMENTO. EM CASO DE SINTOMAS DA DENGUE, CHIKUNGUNYA OU ZIKA, DIRIJA-SE AO SUS

5074.F70F.39DA.5B12.F000.7726.BBB6.41A6

Consumo	14,15	Consumo de Energia	55,50
Atividade	20,81	Consumo de Energia	20,00%
Consumo de Energia	1,91	Consumo de Energia	11,11
Consumo de Energia	4,49	Consumo de Energia	0,55
Consumo de Energia	14,22	Consumo de Energia	2,56



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PARANÁ
Av. Marquês 250 - Centro - Curitiba - PR
CNPJ: 06.967.800/0001-91 - Inscrição: 13.001.100-5
Nº de Matrícula Fiscal: 001072501
Nº de Nota Fiscal: 001072501

Nº de Matrícula Fiscal: 001072501

Abril - 2017
Data de Emissão: 27/12/2016
Data de Vencimento: 03/01/2017

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2016	03/01/2017	894	624,61

MARIA DO CARMO PROCEEDNIO DA SILVA
R. HENRIQUE DIAS 790 790 VERMELHA
CPF: 00070375470344
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 17.001.02.42.127600

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Ativ:	73735	Ativ:	27/12/2016
Anterior:	72841	Anterior:	25/11/2016
Consumo do mês (kWh):	1.000	Consumo do mês (kWh):	25/01/2017
Consumo adicional:	894	Consumo adicional:	27/12/2016
Consumo total (kWh):	894	Consumo total (kWh):	27/12/2016
	NORMAL		32

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Classif. Subclasse	Tipologia	Município Medidor	Posto
RESIDENCIAL	TRI	0109688	1.1.1.3
			904

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
NOV/16 875	CONSUMO 894 A R\$ 0,698017 = 570,38
OUT/16 832	CONTR. ILUMINAÇÃO P.B. (COSIP) 39,73
SET/16 957	CORREÇÃO MONETARIA IG 10/16-00 0,69
AGO/16 777	MULTA POR ATRASO 10/16-00 10,36
JUL/16 802	JUROS DE MORA DE IMPO 10/16-00 3,45
JUN/16 973	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 2,06
MAI/16 809	
ABR/16 957	
MAR/16 1042	
FEV/16 844	
TOTAL kWh 73735	
8 A 894 - 0,698017	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTUDO NAO VERIFICADO
03 FEV. 2017
Gente Seguradora S.A.
Rua Pacheco, 2008 Loja 104
CEP 64001-160

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
Mes/Ano	Valor R\$
11/2016	652,71

Unidade consumidora sujeita a suspensão de fornecimento de energia elétrica a partir de 11/01/2017. O não pagamento desta fatura enseja suspensão e inclusão do nome do consumidor no SERASA, caso tenha afetado o pagamento favor desobrigar este aviso.

A COBRANÇA DO SERVIÇO DE TERCEIRO INCLUIDA EM SUA FATURA PODE SER CAMC. A QUALQUER TEMPO EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. EXAR/2016
RESERVISTA, CUMPA O SEU DEVER APRESENTANDO-SE DE 09 A 16 DEZ/2016
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVAÇÃO AO FISCO		COMPOSIÇÃO DA CONTA R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS R\$	
2760.5111.352E.AE6F.59AE.02F0.UAAB.0C02		144,03		570,38	
Distribuição	176,90	Imposto de Renda	25,00%	Valor do IPI	142,53
Energia	21,33	Valor do PIS	5,41	Valor do COFINS	25,03
Transmissão	55,03				
Iluminação	173,03				
Miscelâneas					

INDICADORES DE CONTINUIDADE

4,83 9,67 19,34 3,17 6,35 12,70 2,69
0,00 0,00 0,00

TERESINA-MACAUBA

10/2016 202,95

ROT: 17.001.02.42.127600

Eletrobras
Distribuição Paulista

SEU CÓDIGO
0957468-9

TOTAL A PAGAR - R\$
624,61

MES FATURADO
12/2016

VENCIMENTO
03/01/2017

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PARANÁ
Av. Marquês 250 - Centro - Curitiba - PR
CNPJ: 06.967.800/0001-91 - Inscrição: 13.001.100-5

Nº de Nota Fiscal: 001072501 FCAM

836400000000 0 24610017000 9 000000000957 1 46891216008 1



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

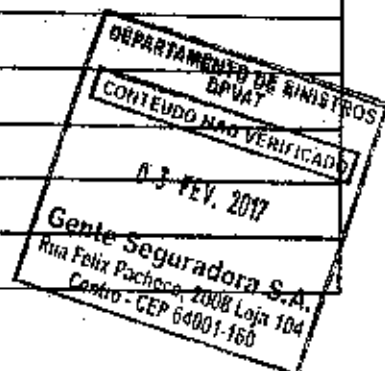


Eu, José Barbosa Santiago

RG nº 2.685.756, data de expedição 15/05/07, Órgão SSP/PJ

CPF nº 031.853.263-85, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>localidade Ha mais tempo</u>
Número	<u>SIN</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Barros</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64.100-000</u>
Telefone de Contato	<u>(86)99982-3093</u>
E-mail	



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Barros 03/02/17

Assinatura do Declarante: José Barbosa Santiago

Elétricas
Distribuição de Energia

Para conferir com o
Bilhete de Energia
de 1000 Watts



Nº de Conta 000918871

A Gerência de Energia Elétrica - 1505-0000
pelo nº 1505-0000-1505-0000

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA
1505-0000-1505-0000-1505-0000
1505-0000-1505-0000-1505-0000
1505-0000-1505-0000-1505-0000
1505-0000-1505-0000-1505-0000

IRZMAR BARBOSA SANTIAGO
LC NA MAIS TEMPO S/N R-RURAL
CPF: 00000357915356
CEP: 64.100-000 - BARRAS

ROT: 138.313.16.81.031099

Ativ.	1745	Ativ.	24/06/2016
Appl.	1549	Appl.	24/06/2016
Consumo de Energia Elétrica	1.000	Consumo de Energia Elétrica	24/06/2016
Consumo de Energia Elétrica	94	Consumo de Energia Elétrica	24/06/2016
Consumo de Energia Elétrica	94	Consumo de Energia Elétrica	24/06/2016
	FCAM		

MAR/15	85	CONTR. ILUMINACAO RUA	22,45
ABR/15	79	DIFERENÇA DE TAXA (COSTO)	2,91
MAY/15	85	SUBVENCAO BAIXA RENDA	28,98
JUN/15	68		20,10
JUL/15	74		
AUG/15	70		
SET/15	69		
OCT/15	78		
NOV/15	60		
DEZ/15	60		
JAN/16	60		
FEB/16	60		
MAR/16	60		
ABR/16	60		
MAY/16	60		
JUN/16	60		
JUL/16	60		
AUG/16	60		
SET/16	60		
OCT/16	60		
NOV/16	60		
DEZ/16	60		

DEPARTAMENTO DE INÍSTROS
OPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
03 FEV. 2017
Gente S.A.
104

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA
1505-0000-1505-0000-1505-0000
1505-0000-1505-0000-1505-0000
1505-0000-1505-0000-1505-0000
1505-0000-1505-0000-1505-0000

Consumo de Energia Elétrica	14,15	Consumo de Energia Elétrica	55,58
Consumo de Energia Elétrica	20,81	Consumo de Energia Elétrica	20,00%
Consumo de Energia Elétrica	1,91	Consumo de Energia Elétrica	11,11
Consumo de Energia Elétrica	4,40	Consumo de Energia Elétrica	8,55
Consumo de Energia Elétrica	14,22	Consumo de Energia Elétrica	2,56

2014

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PARÁ
Av. Maranhão 739 - Centro/Sul - Teresópoli - PE
CNPJ 06.602.410/0001-15 / Ins. Estadual: 19.501.303-5
Mód. Fiscal / Carta de Energia Elétrica - Setor 1
Regime especial de tributação instituída pela SEFAZ/PA

H^o da Nora Ercini

001072501

A Tarifa Social de Energia Eléctrica – TSEE foi criada pela Lei nº 40.610 de 23 de março de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (L/HR)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2016	03/01/2017	894	624,61

MARIA DO CARMO PROCEDINIO DA SILVA
R. HENRIQUE DIAS 790 790 VERUELMA
CPF: 00070375470344

RCF: 17.001.02.42.127600

DADOS DA LEITURA :		DADOS DA LEITURA :	
Atual:	72841	Atual:	27/12/2016
Anterior:	1.000	Anterior:	25/11/2016
Consumo de Helióptica:	894	Próxima leitura:	25/01/2017
Consumo Medidor:	894	Enviado:	27/12/2016
Consumo totalizado:	894	Apresentação:	27/12/2016

Cidade de São Paulo				
RESIDENCIAL	TRT	Número Matriz	Código FAL	Mês 12 meses
		D109948	1 1 1 3	0000

HISTÓRICO RWH	CONTR. ILUMINACAO PUE. (COSIP)	CONTR. CORRECAO MONETARIA IG 10/16-00	MULTA POR ATRASO 10/16-00	JUROS DE MORA DE-IMPO 10/16-00	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA
NOV/16	873				
OUT/16	832				
SET/16	957				
AGO/16	777				
JUL/16	802				
JUN/16	973				
MAI/16	809				
ABR/16	957				
MAR/16	1042				
FEV/16	844				

DATE OF BIRTH: 01/01/1950

DEPARTAMENTO DE MINERIAS
DPVAT
CONTEUDO

03 FEB 2007

Gente s. seguradora S.A.
Rua... 2008 Loja 104
CEP 64001-162

Mes/Ano 11/2016 Valor: R\$ 652,71

Orçador: consórcio: sujeita a suspensão do contrato, de acordo com a legislação aplicável, a partir de 11/01/2016, em razão da não entrega das notas fiscais de prestação de serviços, de acordo com o prazo estabelecido no edital. Cada falta efetuada a partir desta data acarretará a suspensão do contrato, de acordo com a legislação aplicável.

A COBRANÇA DO SERVIÇO DE TERCEIRO INCLUIDA EM SUA FATURA PODE SE
CANCAR A QUALQUER TEMPO EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO: EXAT/2015
RESERVISTA, CUMPRANDO SEU DEVER APRESENTADO SE DE 09 A 10 DE DEZ/2015
LIGUE 0800-086-0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVED AND F5C0 27BC.5111.352E.AE6F.59AE.02F0.DA48.0C02

EDAFOS E COTA CONTRA - R\$		IMPOSTOS/TOMADA - R\$	
Distribuidor:	170,90	Base de Cálculo:	370,38
Energia:	21,33	Alíquota ICMS:	25,00%
Transporte:	55,03	Valor do ICMS:	142,59
Encargos:	173,03	Valor do PIS:	5,41
Tributos:		Valor do COTRIM:	25,03

INDICADORES DE CONTINUIDADE

4,83	9,67	19,34	3,17	6,35	12,70	2,69
0,00			0,00			0,00

TERESINA-MACAUBA

10/2016 207 95

ROI: 17.001,02.42 : 127600

Eletrobras
Distribuição Fluminense

LUMEN: 014, ENHINTA DO IMAI
 2x 4mm x 20 739 - CARGO DO IMAI - 100mm x 20
 CARGO DO IMAI - 100mm x 20

SEU CÓDIGO
0957468-9

674.61

MÉS SATURADO
12/2016

VERACRUZ
03/01/2017

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

FCM²

83640000006 0 24610017000 9 00000000957 1 40891216000



SEQ.: 00057 UC: 0957468-9 DT. LEIT.: 27/12/2016 T. ENTR.: 04
LEITURA: 73735 NORMAL TOTAL: 624,61 CARGA: 019
DT. VENC.: 03/01/2017 IRREG.: 000 COLETOR: R22



DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, 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 de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Maia do Carmo Provedomio da Silva, portador(a) do

RG nº 1.457.994, expedido por SSP/PI, em

13/07/13, CPF/CNPJ nº 703.754.703-44,

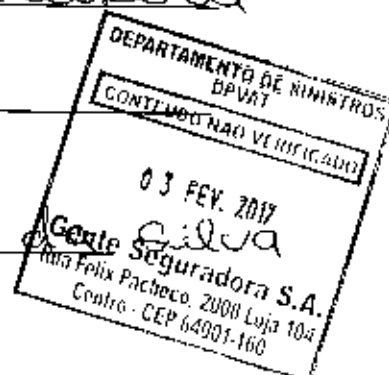
na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) José Barbosa Santiago do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

da vítima José Barbosa Santiago, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Revisor Renda Mensal: R\$ Revisor

Documentos comprobatórios: Revisor

Maia do Carmo Provedomio da Silva
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

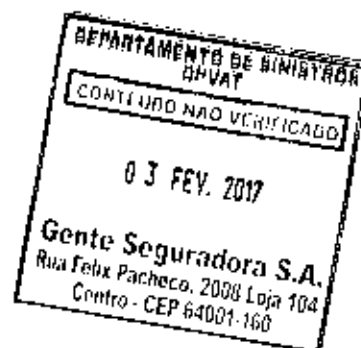


1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

Comprovante de residência



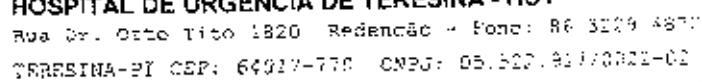
**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**



NOME DO PACIENTE: Jose Bezerra Santiago

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 421009

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS À SUA UTILIZAÇÃO".



Professional Video



UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE
SÉRIE DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE

corredor5

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
JOSE BARBOSA SANTIAGO		421779	29	Ortopédica	corredor		
DATA/MORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
01/10/2016	FRAT JOELHO					10:30 (Alb. hospitalar) a enfermeiro médico. R. 306.335	
02/10/16	<div data-bbox="630 391 962 742" data-label="Text"> <p>Genio Seguradora S.A. Rua Felix Picholo, 2000 Lapa 104 Canoa - CE 64091-100</p> <p>03 FEV. 2017</p> <p>DEPARTAMENTO DE SINTESE OPVAT CONTINUIDADE NA COBRANÇA</p> </div> <ol style="list-style-type: none"> Dieta oral livre Jeico salinizado Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 12/12hs SN Cuidados gerais e sinais vitais 						
	<div data-bbox="840 869 1183 1220" data-label="Text"> <p>Genio Seguradora S.A. Rua Felix Picholo, 2000 Lapa 104 Canoa - CE 64091-100</p> <p>03 FEV. 2017</p> <p>DEPARTAMENTO DE SINTESE OPVAT CONTINUIDADE NA COBRANÇA</p> </div>						
<div data-bbox="309 941 707 1181" data-label="Text"> <p><i>[Handwritten signature]</i></p> </div>							
<div data-bbox="22 1356 995 1468" data-label="Text"> <p>Dr. Orlândia Izopembreger / Dr. Valdir Jhaqui Fátia / Dr. Fernando Couto de Oliveira / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo W. L. Pessoa Filho Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia</p> <p>CRM 15.740/99 / CRM 12308 / CRM 3467 TE0111911 / CRM 3766 TE01 11405 / CRM 3767</p> </div>							



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

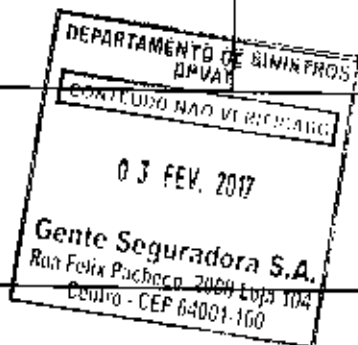
Nome do Paciente *Jose Barbosa Santiago*
Diagnóstico pré-operatório *RM de abd - todos*
Operação - Tipo *prostatectomia*
Cirurgião *[assinatura]* 1º Assinante *[assinatura]*
2º Assinante *[assinatura]* 3º Assinante *[assinatura]*
Instrumentador(a) *[assinatura]* Anestesista *[assinatura]* Anestesia *Raqui anestesia*
Anestésico(a) *[assinatura]*

Data da Operação *02/30/2016* Início *16:35* Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

*frontal de 1/2 de abdome
outro lado: todos os
divertículos + ligamento
com 2 fístulas
problemas de
tempo + sangue + urina*



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

174181

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 01/10/16

NOME DO PACIENTE: <i>Dr. Bráulio Santos</i>	PRONTUÁRIO Nº: <i>491775</i>
DIAGNÓSTICO: <i>Quimioterapia</i>	CIRURGIA:
ANESTESIA:	Nº DA SALA: <i>06</i>
CIRURGIÃO: <i>Uofe</i>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <i>Jackson</i>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI N:24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <i>7.0</i>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <i>7.5</i>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTENÇÃO	ML	150	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	150	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	150		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-		<i>Eupom</i>		04	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<i>Algodão ortopédico</i>		03	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON N:2.0 unid	01						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <i>Conceição</i>			
PROLENE							

* Sala:

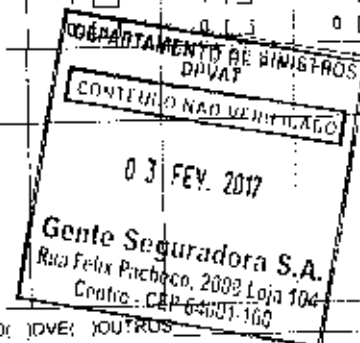
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS-OPERATÓRIO - SRPA

NOME José Barbosa Santiago IDADE anos DATA 01.10.2016
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 17 hs 20 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL
 CIRURGIA REALIZADA prot. patela CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	98/58	146/65
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	76	81
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	100%	99%
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>Adelino</u>	<u>Adelino</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR		ADMISSÃO	SAÍDA
Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL <u>09</u>	
ESCALA DE DOR ALTA		ASS. <u>JP</u>	



OBJETIVOS () SONDA VESICAL () SONDA NASO / ORO () DRENO DE SUÇÃO () COLOSTOMIA () DRENO TORÁCICO () DVE () OUTROS
 EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

17:30h: Admissão na SRPA, em PDI - prot. patela, sob efeito de raque. Condição orientado, fôlego espontâneo, respiração hemodinamicamente estável, sem quadros.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

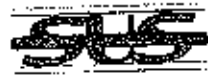
ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI () PED () NEURO () GERAL () QUEIM. CLÍNICA: () PED DORT () NEU () CIR () MED



174101

Ordem Emissor: 8221100001

AIH : 221610164647-3
UNI : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

NASCIMENTO
22/07/1987

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORI DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

JOSE BARBOSA SANTIAGO

D.LIBERA: 04/10/2016
PROCED.: 0408050527 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA PATELA POR FI
BP.SIST: WELLINGTON
CID : S820

01/10/2016

ASS. MEDICO RESPONSÁVEL

5828856

174101

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - I

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: JOSE BARBOSA SANTIAGO

6 - Prontuário: 421779

7-CNS: 206611208260002

8-Nascimento: 22/07/1987

9-Sexo: Masculino

RG: 2685756 - SSP-PI

11-Mãe: MARIA ANTONIA BARBOSA SANTIAGO

12-Fone: 86-99568-1778

13-Resp: THAIS

COM BOLETIM CIR/ANEST

14-Cor: Parda

15-Ende: RUA SERGES MUNDO ALVES GONCALVES N348 - BOA VISTA - CEP: 64100-000

17-Cod. IBGE: 220120

18-UF: PI

19-CEP: 64100-000

16-Munic: BARRAS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Doença cardíaca e hipertensão

21 - Condições que justificam a internação:

Doença cardíaca

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da rótula (patela)

5820

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
03-FEV. 2017
Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104
Centro - CEP 64001-160

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Processo: 0408050527

29-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXAÇÃO INTERNA

30-Caráter: Ident.: 02

01

CPF

877.154.063-68

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

FRANCISCO DAS CRAGAS BARBOSA SOUSA

34-Data Solicitação:

01/10/2016

Dr. Fernando Cragas Barbosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 30220

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito
37- () Acidente Trabalho Típico
38- () Acidente Trabalho Trajeto

39-CPF Seguradora:

40-CNPJ Empresa:

45 - Vinculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

04/10/16

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Thais de Alencar Freitas

52-CPF do Paciente ou Responsável:
53-Assinatura Médica Autorizadora:
54-Assinatura do Conselho:
55-Data e Hora da Autorização:
01/10/2016 17:10:08



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tello 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CUPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE BARBOSA SANTIAGO** (Prontuário: 421779)
Endereço: RUA SERGES MUNDO ALVES GONCALVES N348 - BOA VISTA - BARRAS - PI CEP: 64100-000
Nascimento: 22/07/1987 Idade: 29a:4m:7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 572630
Requisição: 681124 Solicitação: 01/10/2016 Solicitante: RICARDO SOARES VALENÇA
Controle: 851053 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 01/10/2016

JOELHO

O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos observados:

- Fratura cominutiva na patela.
- Aumento de volume de partes moles do joelho.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 29/11/2016



VERA LUCIA RIOS ARAUJO
CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
Profissional Responsável

Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2000 Loja 104
Craha - CEP 64001-160

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-07

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE BARBOSA SANTIAGO** (Prontuário: 421779)
Endereço: RUA SERGES MUNDO ALVES GONCALVES N348 - BOA VISTA - BARRAS - PI CEP: 64100-000
Nascimento: 22/07/1987 Idade: 29a:4m:5d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 174181
Requisição: 681249 Solicitação: 01/10/2016 Solicitante: RICARDO SOARES VALENÇA
Controle: 851220 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 230 LEITO 224

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 01/10/2016

JOELHO

O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- FRATURA RECENTE NA PATELA FIXADA COM FIOS METÁLICOS EM BANDA DE TENSÃO.
- AUMENTO DE VOLUME E BOLHAS GASOSAS DE PERMEIO EM PARTES MOLES.

(RENAN

TERESINA - PI 27/11/2016

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



Dr. Edimar



0008

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
PRIVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 MAR. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

RELATÓRIO MÉDICO

Declaramos que o Sr. José
Barbosa Santiago, foi vítima de acidente
de trânsito, fato ocorrido em
03.10.16, tendo sofrido forte trauma
que resultou em fratura da costela e rompimento
dos ligamentos da articulação, foi tratado
cirurgicamente através de osteossintese
com placas e parafusos e fios
de sutura, com planejamento com
fio cerapim, com alta definitiva
com comprometimento funcional
de 90%

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
PRIVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 MAR. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

08/03/17

Edimar

Dr. Edimar Machado da Silva
Cl. Geral e Cirurgia Geral
CRM: 1584-P1 - CRM: 2660-MA
9333-0529/9532-1987/9827-3738

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
PRIVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 MAR. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
PRIVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 MAR. 2017

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**



NOME DO PACIENTE: Jose Beatriz Santiago

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 421.009

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3279 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

BOLETIM DE ENTRADA - RE


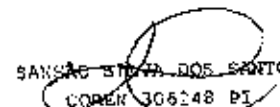
DADOS DO PACIENTE:

DADOS DO PACIENTE:		Prontuário: 421779	
Nome: JOSE BARBOSA SANTIAGO			
Mãe: MARIA ANTONIA BARBOSA SANTIAGO		Pai: ANTONIO PEREIRA SANTIAGO	
End. Resid.: RUA SERGES MUNDO ALVES GONCALVES Nº48 - BOA VISTA - BARRAS - PI - CEP: 64100-000			
Nascimento: 22/07/1987	Idade: 29a:3m:9d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99548-1778
Responsável: THAIS		CNS: 20661108280002	
Profissão: PEDREIRO		Documento: RG: 2-85756 - SSP-PI	
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E. Civil: Casado	
End. Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	572630	Data:	01/10/2016 12:14:14	Condução:	Não
Motivo da Procura: POR MEMBROS INFERIORES					Convênio: S U S
Id. Trab.:	Não	Acid. Trajeado:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não
				CID Secundário:	

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:			
Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor moderada	ORTOPEDISTA	Amarelo
Breve História:		Profissional Clas. Risco:	
DOR E IMOBILIDADE EM MIB POR ACIDENTE MOTOCICLISTICO, SEM ALETERIAÇÃO... 		 SANSÃO SILVA DOS SANTOS COREN 306248 PI EM: 01/10/2016 12:23:56	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: _____:_____)

preliminary follow up
Active patient noted
into per eye cup

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: / /	HORA: :	Procedimento	CID
-----------------	------------	--------------	-----

Thais de Oliveira Freitas
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - HUP

HOSPITAL DE

corredor5

PRESCRIÇÃO MÉDICA

OME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
SB BARBOSA SANTIAGO	421779	29	Ortopédica	corredor		
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES
01/10/2016	FRAT JOELHO					10:30 Alta hospitalar
02/10/16						a critério médico.
	1 Dieta oral livre					Revisão
	2 elco salinizado					366-235
	3 Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h					
	4 Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs					
	5 Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs					
	6 Plasil _ 01 amp + AD EV 8/8h S/N					
	7 Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 12/12hs SN					
	8 Cuidados gerais e sinais vitais					
	9					
<p>Dr. Tiago J. Elias / Dr. Simão Costa de Oliveira / Dr. Ricardo S. Valença / Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho</p> <p>Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia / Ortopedia e Traumatologia</p> <p>CRM 31570-2025 / CRM 31208 / CRM 3067-2007 / CRM 31357</p>						



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

DEPARTAMENTO DE RENDIMENTOS
GPFAR
CONTEUDO NAO VERIFICADO
03.FEV.2017
Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2000 Loja 104
Centro - CEP 64001-100

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

DESCRÇÃO DA OPERAO
(Tcnica, Ligadura, Sutura, Drenagem, Fechamento)

Antes de 14 de outubro
de 1940. 10000000
de 1940 + 1940
de 1940 + 1940
de 1940 + 1940
de 1940 + 1940

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

174181

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 01/11/2016

NOME DO PACIENTE: <i>João Brício Santos</i>	PRONTUÁRIO Nº: <i>491779</i>
DIAGNÓSTICO: <i>Quimioterapia</i>	CIRURGIA:
ANESTESIA:	Nº DA SALA: <i>06</i>
CIRURGIÃO: <i>U. G. F.</i>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <i>JACKSON</i>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI N:24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTO	ML	150	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	150	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 100CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	150		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-		<i>Eupom</i>		04	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<i>Algodão ortopédico</i>		03	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON N:2.0	unid	01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <i>Conceição</i>			
PROLENE							

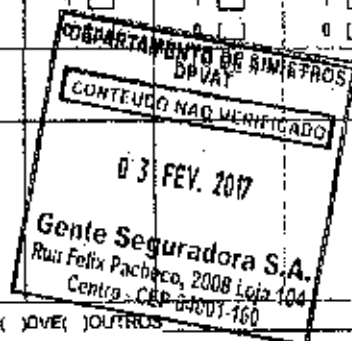
*Gala!

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS-OPERATÓRIO - SRPA

NOME Josei Barbosa Santos IDADE anos DATA 01.10/2016
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 17h às 20h TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUÍDICA () BLOQUEIO () PERIDURAL
 CIRURGIA REALIZADA Prot. patela CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>98/58</u>	<u>116/65</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>76</u>	<u>84</u>
SATURACÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>99%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME MATRÍCULA	<u>Adelino</u>	<u>Adelino</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1	<input checked="" type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Está alerta e orientado no tempo e espaço	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	<input type="checkbox"/>	0	<input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO			TOTAL	<u>09</u>	<div data-bbox="1077 1137 1426 1478" data-label="Image"> </div>	
ESCALA DE DOR ALTA			ASS.	<u>78</u>		



OSTÍOS () SONDA VESICAL () SONDA NASO / ORO () DRENO DE SUÇÃO () COLOSTOMIA () DRENO TORÁCICO () DVE () OUTROS
 IRRADIAÇÃO: VOLUME / ASPECTO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

17:30h. Admissão na SRPA, em PDI - Prot. patela, sob efeito de roque. Condição ontorio, fsc.
co. Suprimento - respia na hemodinamicamente estável, sem quadro.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGIA

EXAMINAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED MORT () NEU () CIR () MÉD



174101

Órgão Emissor: R221100001

AID: 221610164647-3
UNI: H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

JOSE BARBOSA SANTIAGO

NASCIMENTO
22/07/1987

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - I

3-Nome do estabelecimento executor:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

B.LIBERAR: 04/10/2016

ST. LAUDO: 01/10/2016

PROCED.: 0408050527 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA RÓTULA POR F

OP.SIST: WELLINGTON

CID: 9320

ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL

5828856

174101

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	JOSE BARBOSA SANTIAGO	6 - Prontuário:	421779
7-CNS:	206611208260002	8-Nascimento:	22/07/1987
9-Sexo:	Masculino	RG:	2685756 - SSP-PI
11-Mãe:	MARIA ANTONIA BARBOSA SANTIAGO	12-Fone:	86-99548-1178
13-Resp:	THAIS	14-Cor:	Parda
15-Ender:	RUA SERGES MUNDO ALVES GONCALVES N348 - BOA VISTA - CEP: 64100-000	16-UF:	PI
16-Munic:	BARRAS	17-Cod.IGCE:	220120
		18-UF:	PI
		19-CEP:	64100-000

COM BOLETIM CIR/ANEST

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

21 - Condições que justificam a internação:

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da rótula [patela]

3820

PROCEDIMENTO SOLICITADO

1-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:	0408050527 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA RÓTULA POR FIXAÇÃO INTERNA
2-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 02 01 CPF 877.154.063-68
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:	34-Data Solicitação: FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA 01/10/2016

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	37- () Acidente Trabalho Típico	38- () Acidente Trabalho Trajeto
39- () Acidente Trabalho Trajeto	40- () Acidente Trabalho Típico	41- () Acidente Trabalho Trajeto
42- () Acidente Trabalho Típico	43- () Acidente Trabalho Trajeto	44- () Acidente Trabalho Típico
45 - Vínculo com a Previdência:	() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado	

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-Documento:	49-Num. Documento:
50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho):	51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	52-Data Autorização:	53-Data Autorização:



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

RUA Dr. Otlo Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE BARBOSA SANTIAGO** (Prontuário: 421779)
Endereço: RUA SERGES MUNDO ALVES GONCALVES N348 - BOA VISTA - BARRAS - PI CEP: 64100-000
Nascimento: 22/07/1987 Idade: 29a:4m:7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 572630
Requisição: 681124 Solicitação: 01/10/2016 Solicitante: RICARDO SOARES VALENÇA
Controle: 851053 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 01/10/2016

JOELHO

O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura cominutiva na patela.
- Aumento de volume de partes moles do joelho.

(LUS CEZAR)

TERESINA - PI 28/11/2016



VERA LUCIA RIOS ARAUJO
CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
Profissional Responsável

[Handwritten signature and stamp]



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE BARBOSA SANTIAGO** (Prontuário: 421779)
Endereço: RUA SERGES MUNDO ALVES GONCALVES N348 - BOA VISTA - BARRAS - PI CEP: 84100-000
Nascimento: 22/07/1987 Idade: 29a:4m:5d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 174181
Requisição: 681249 Solicitação: 01/10/2016 Solicitante: RICARDO SOARES VALENÇA
Controle: 851220 Convênio: S.U.S. CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 230 LEITO 224

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 01/10/2016

JOELHO

O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- FRATURA RECENTE NA PATELA FIXADA COM FIOS METÁLICOS EM BANDA DE TENSÃO.
- AUMENTO DE VOLUME E BOLHAS GASOSAS DE PERMEIO EM PARTES MOLES.

(REMAN)

TERESINA - PI 27/11/2016



CARLOS AUGUSTO MOURA FE
CPF: 133.903.173-66 CRM PI 1341
Profissional Responsável

Handwritten signature and stamp:
Mauricio José Pacheco
Médico Ortopedista
CRM PI 1341
Especialista em Ortopedia



0012


multimedial

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - IDAD DE DEUS DIAS FILHO



ASSINATURA DO TITULAR

JOSE BARBOSA SANTIAGO

CARTÃO DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.685.756 DATA DE EXPIRAÇÃO 22/07/2017

JOSE BARBOSA SANTIAGO

FILIAÇÃO MARIA ANTONIA BARBOSA SANTIAGO ANTONIO PEREIRA SANTIAGO

NATURALIDADE BARRAS-PI 22/07/1987

DOB. CRISTO CERT. NASC. 7079 L 07A F 121 EXP BARRAS 16/12/93

CPF TERESINA - PI

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 28/05/68 - DECRETO Nº 89.250/68

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT

CONTINUAÇÃO DE REGISTRO

03 FEV. 2017

Gente Seguradora S.A.

Rua Felix Pacheco, 2000 Loja 104

Centro - CEP 64001-100

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT

CONTINUAÇÃO DE REGISTRO

03 FEV. 2017

Gente Seguradora S.A.

Rua Felix Pacheco, 2000 Loja 104

Centro - CEP 64001-100

CÓDIGO DE CONTROLE

F8D2.6780.A212.C4A6

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 11:40:44 do dia 09/03/2014 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro do Pessoa Física

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

031.353.263-85

Nome

JOSE BARBOSA SANTIAGO

Nascimento

22/07/1987

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Cartão de Identificação de IMI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTUDD NAO VENCIDO
03 FEV. 2017
Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2008 Lota 104
Centro - CEP 64001-160

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTUDD NAO VENCIDO
03 FEV. 2017
Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2008 Lota 104
Centro - CEP 64001-160

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
ESTADO DO PIAUÍ
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
1.457.994
DATA DE EXPEDIÇÃO 13/07/13
MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
MARIA HELENA DA SILVA
LUIZ PROCEDOMIO DA SILVA
MIGUEL ALVES-PI
DATA DE NASCIMENTO 10/09/1971
CERT. NASC. 24166 L 51 F OIV
EXP MIGUEL ALVES-PI 01/07/05
703.754.703-4
LEI Nº 7.175 DE 26/08/03 - DECRETO Nº 66.350/03



IDENTIFICACAO

2 085 756

JOSE BARROZA SANTIAGO

MARIA ANTONIA BARROZA SANTIAGO

ANTONIO PEREIRA SANTIAGO

72 407 11882

7979 L 07A F 121

15/12/93

DEPARTAMENTO DE RENTRROS
DPVAT
CONTUDO NAO VERIFICADO
03 FEV. 2017
Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104
Centro - CEP 64001-150

DEPARTAMENTO DE RENTRROS
DPVAT
CONTUDO NAO VERIFICADO
03 FEV. 2017
Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104
Centro - CEP 64001-150

CODIGO DE CONTROLE
PROJETO 0212 C-448

A presente certidão tem por finalidade a
de identificação documental do documento
de propriedade de bens de
Correspondente Imobiliário
Sociedade de Pessoas Físicas do Brasil
e a sua identificação perante o
Município de São Paulo.

MINISTERIO DA JUSTICA

Justica Federal
Tribunal de Justiça do Brasil

SECRETARIA DE REGISTRO E CARTORIO

021 052 251 85

JOSE BARROZA SANTIAGO

15/12/93

VALIDACAO DO DOCUMENTO ANTE O REGISTRO



03 FEB. 2017
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2000 Loja 104
Centro - CEP 64001-100



03 FEB. 2017
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2000 Loja 104
Centro - CEP 64001-100



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170185842

Cidade: Barras

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE BARBOSA SANTIAGO

Data do acidente: 01/10/2016

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA DIREITA

Descrição do exame médico pericial: EF: COM DISCRETA LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO D - FLEXAO DE 13 GRAUS ,COM PERDA DE 7,15 %.

Resultados terapêuticos: ACIDENTE DE TRANSITO DIA 01 /10 /2016 COM HD FRATURA DE PATELA D.
FEITO OSTEOSINTESE EM PATELA D DIA 01/10/16.
FEZ 10 SESSOES DE FISIOTERAPIA.
JA DE ALTA MEDICA DEFINITIVA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito em grau residual.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/05/2017

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau residual do joelho devido a limitação residual da flexão articular.
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Edmar de Souza Lima Junior

CRM do médico: 2313

UF do CRM do médico: PI

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiro, 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, José Barbosa Santiago

PORTADOR(A) DO RG Nº 2.685.756 EXPEDIDO POR SSP/PJ EM 23/05/14

CPF 031853263-89 / CNPJ _____, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ Delus (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Barbosa Santiago AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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 reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA (VERIFICADO);
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com o documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 31136 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00027409-5

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

Barras 06 de Junho de 17
LOCAL E DATA

José Barbosa Santiago
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

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.

130-73505210-2

DATA DE: 08/27/87
Nº: 020017-3
LOCALIDADE: BARRAS
VINCULADA: 3436

INFORMAÇÕES PARA O SEGURO
INFORMAÇÕES PARA O SEGURO
NOME: JOSE BARROSA SANTIAGO
MOVIMENTOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA LIMITE: 03/04 SALDO:

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 03/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA LIMITE: 03/04 SALDO:

RESUMO EM 03/05
SALDO

RESUMO DO DIA
SALDO BLOQUEADO
SALDO DISPONIVEL
SALDO TOTAL

130-737905253-2

13 VIA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
07 JUN. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
07 JUN. 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

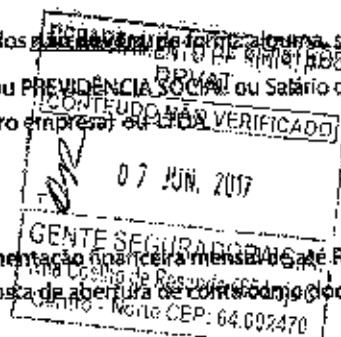
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JOSE BARBOSA SANTIAGO
PORTADOR(A) DO RG Nº 2.685.756 EXPEDIDO POR SSP/PT EM 23/05/14
CPF 031863263-89 / CNPJ _____, PROFISSÃO _____
E RENDA MENSAL DE R\$ Recluso (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE BARBOSA SANTIAGO AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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 reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LULA VERIFICADO;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com o documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 31136 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00027109-5

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

Barras 06 de Junho de 17 JOSE BARBOSA SANTIAGO
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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.

13/05/2012

HORA DE 08:27:07

16.022017-9

1000 042000

LOCALIDADE: BARRAS

NO. VINCULADA: 3436

VALOR LIMITE: 5400,00

DESA 0002 400-0

NOME: ROSE MARGOSA SANTIAGO

DEPOSITOS REALIZADOS ATÉ 07/05/2012

VALOR LIMITE

SALDO

20/04

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 08/05/2012

SOMAS MOVIMENTACOES DO DIA

VALOR LIMITE

SALDO

20/04

VALOR EM 20/05

VALOR DO DIA

VALOR BLOQUEADO

VALOR DISPONIVEL

SALDO TOTAL

1307/97985213-2

1ª VTA.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

07 JUN 2012

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 54.002470

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

07 JUN 2012

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 54.002470

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE BARBOSA SANTIAGO** Sinistro: **3170185842** Data: **01/10/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Localidade Há Mais Tempo, S/N - Rural - Barras - PI - CEP 64100-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PI**] **2685756**

Data local do exame: [**05/05/2017**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DE PATELA D. ACIDENTE DE TRANSITO DIA 01 /10 /2016 COM HD FRAT DE PATELA D ,EF COM DISCRETA LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO D

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
ACIDENTE DE TRANSITO DIA 01 /10 /2016 COM HD FRAT DE PATELA D , FEITO OSTEOSINTESE EM PATELA D DIA 01 10 16 FEZ 10 SESSOES DE FISIOTERAPIA ,EF COM DISCRETA LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO D JA DE ALTA MEDICA DEFINITIVA

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

EF COM DISCRETA LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO D FLEXAO DE 13 GRAUS ,COM PERDA DE 7,15 %

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
JOELHO D

% do dano: (**X**) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

EF COM DISCRETA LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO D FLEXAO DE 13 GRAUS ,COM PERDA DE 7,15 %



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170185842 **Cidade:** Barras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE BARBOSA SANTIAGO **Data do acidente:** 01/10/2016 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/04/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura na patela direito submetido a tratamento de fixação

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





[Signature]
SIMONE LINO DOS SANTOS - ESCRIVENTE AUXILIAR
Emp. 2 02 TJ 0 35 56 3 10 Total 3 17
CPF 02.030.563-30
Escritório

PROCURACAO PARTICULAR



OUTORGANTE: <u>José Barbosa Santiago</u>		
Nacionalidade: Brasileiro (a)	Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Lavrador</u>
Identidade nº: <u>2.685.756</u>	CPF nº: <u>031.853.263-85</u>	
Endereço:		
<u>Localidade Ha Mais Tempo S/N R-Rural de Barras</u>		
CEP: <u>64100.000</u>	Telefone: ()	

OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Solteira

Identidade nº: 1.457.994-SSP/PI

CPF nº: 703.754.703-44

Profissão: Bacharel em Direito

Telefone: (86) 9 9405-4326 / 9982-3093 / 8828-8177

Endereço: Rua Henrique Dias, Nº 790, Bairro: Vermelha - Teresina - PI, CEP: 64000-000

330

PODERES: Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituio meu bastante procurador a outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO OBRIGATORIO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar a pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia medica e solicitar resgendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para a fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATORIO DPVAT** para a Vítima

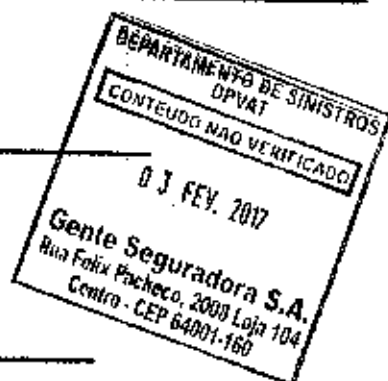
José Barbosa Santiago

Barras-PI 21/12/2016

Local e data

José Barbosa Santiago

- Outorgante -



Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2017

Carta nº: 10859500

A/C: JOSE BARBOSA SANTIAGO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170185842 ASL-0128284/17

Vitima: JOSE BARBOSA SANTIAGO

Data Acidente: 01/10/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2017

Carta nº: 10882639

A/C: JOSE BARBOSA SANTIAGO

Sinistro: 3170185842 ASL-0128284/17
Vítima: JOSE BARBOSA SANTIAGO
Data Acidente: 01/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2017

Carta nº 10961701

A/C: JOSE BARBOSA SANTIAGO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170185842 ASL-0128284/17
Vitima: JOSE BARBOSA SANTIAGO
Data Acidente: 01/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2017

Carta nº 11125212

A/C: JOSE BARBOSA SANTIAGO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170185842 ASL-0128284/17
Vitima: JOSE BARBOSA SANTIAGO
Data Acidente: 01/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2017

Carta nº: 11200830

A/C: JOSE BARBOSA SANTIAGO

Sinistro: 3170185842 ASL-0128284/17
Vítima: JOSE BARBOSA SANTIAGO
Data Acidente: 01/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE BARBOSA SANTIAGO

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000003436

Conta: 0000027405-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	337,50

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =	R\$	337,50
----------------------------------------	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

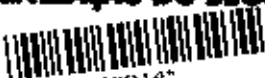
Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREEN _____

Despacho Circular SUSEP 445/12
SEGURADORA

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 indenização no banco.

EU Jose Barbosa Santiago
PORTADOR(A) DO RG Nº 2.685.756 EXPEDIDO POR SSP/PT EM 19/05/07
CPF 031853203-85 / CNPJ 000000000-0000-00. PROFISSÃO Recebe
E RENDA MENSAL DE R\$ Recebe NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jose B. Santiago, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEU
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 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 reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura da conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISOPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3436 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 23405-5

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

Barras, 03 de fevereiro de 17, Jose Barbosa Santiago
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, 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 tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA LOTERIAS

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474
OUVIDORIA 0800 725 7474

330-517921222-3

25/NOV/2016

HORA DE 11:08:14

OT: 16.10044-S
LOCALIDADE: BARRAS
G. VINCULADA: 3436

TERM: 024558

CONTROLE: 686793790

DEPÓSITO EM DINHEIRO

3436 013 00027405-5

JOSE BARBOSA SANTIAGO

VALOR

0000

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

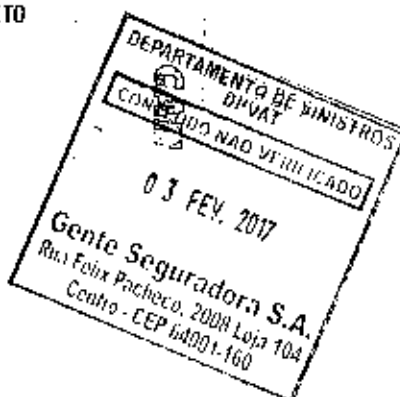
330-517921222-3

FIAS

3 VIA

CAIXA LOTERIAS

CAIXA LOTERIAS





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO



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

EU, Jose Barbosa Santiago
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2.685.796 EXPEDIDO POR SSP/PJ EM 19/09/07
 CPF 031853293-85 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO Revisor
 E RENDA MENSAL DE R\$ Revisor (R) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jose B. Santiago AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEU
 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 de indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fonte de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou Previdência Social ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou EPP;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Conta Econômica Federal);
- Conta POUANÇA operação 019 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a solicitação de proposta de abertura da conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL: www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no S5DPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário(s).

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada (scanner color) assentos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informe de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUANÇA (SOMENTE BANCOS BRASECO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CADA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3436 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 27405-5

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

Barcelos 03 de fevereiro de 17 Jose Barbosa Santiago
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$15.000,00 em caso de morte (valor que será pago ao legítimo beneficiário, obedecendo à legislação vigente na data do acidente). Indenização de até R\$15.000,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com tabela de regulação prevista na Lei 24.243/2006) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatpagamento.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA Loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 720 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474
OUVIDORIA 0800 725 7474

330-517921222-3

25/NOV/2016

HORA DE 11:08:14

OT: 16.10044-5
LOCALIDADE: BARRAS
ND: VINCULADA: 3430

TERM: 024558

CONTROLE: 680793790

DEPÓSITO EM DINHEIRO

3430 013 00027405-5

JOSE BARBOSA SANTIAGO

VALOR

0000

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

330-517921222-3

CAIXA Loterias

VIA

CAIXA Loterias

CAIXA Loterias

DEPARTAMENTO DE RINIFROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
03 FEV. 2017
Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104
Centro - CEP 64001-160

DEPARTAMENTO DE RINIFROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
03 FEV. 2017
Gente Seguradora S.A.
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104
Centro - CEP 64001-160



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.000129/2017-80

Unidade de Registro: DP DE BARRAS

Resp. pelo Registro: Geraldo Magela Veras Neto

Data/Hora: 16/01/2017 - 07:46

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE BARRAS

Tipo Local

OUTROS

Município

BARRAS

Endereço

RUA GENERAL TALMAYRGO DE AZEVEDO, Nº

Complemento

Bairro

OUTROS - ZONA URBANA

Ponto de Referência

DETRAN

Data/Hora

01/10/2016 - 07:30

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSE BARBOSA SANTIAGO

RG: 2.825.750 SSP/PI

Mãe: MARIA ANTONIA BARBOSA SANTIAGO

Pai: ANTONIO PEREIRA SANTIAGO

Endereço: LOCALIDADE HA MAZ TEMPO, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: BARRAS

Tipo Envolv: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticante informa, que no dia 01/10/2016 às 04:00h, o mesmo se dirigia pela rua general talmayrgo de Azevedo, centro desta cidade de Barras-PI, QUE ao chegar próximo ao DETRAN desta cidade de Barras-PI, foi atropelado por uma motocicleta não identificada vindo a causar queda do mesmo. QUANDO O ACIDENTE O noticante foi socorrido por terceiros até o hospital leonidas melo nesta cidade de Barras-PI, onde o noticante foi examinado e submetido a raio-x do joelho direito sendo constatado fratura, sendo encaminhado para o HUT hospital de urgência de Teresina-PI, onde foi submetido novamente a raio-x do joelho direito sendo constatado fratura, sendo submetido a cirurgia no joelho fraturado, sendo medicado e liberado, era o que linha a declarar.

Geraldo Magela Veras Neto - Matr. 2861967
AGENTE DE POLÍCIA

JOSE BARBOSA SANTIAGO - Noticante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia