



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

Processo: 08007089120208180049

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 **ALCENOR JOSE DA CRUZ**, 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 **04/08/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 03/10/2019.

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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta 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.

DA NECESSIDADE DA PROCURAÇÃO SER OUTORGADA POR INSTRUMENTO PÚBLICO

É cediço que nas procurações em que o outorgante é analfabeto não comporta a outorga via instrumento particular[3], mas tão somente por instrumento público, conforme interpretação a contrario sensu do art. 654 do Código Material Civil.

Ocorre que, in casu, na procuração juntada aos autos, a outorga tem sido feita por instrumento particular, não obstante a parte autora não conseguir assinar seu nome, conforme exigência daquele dispositivo legal.

Dessa feita, com o fito de evitar maiores prejuízos aos litigantes, necessário se faz a intimação da parte autora para sanar o vício contido no documento acostado no presente caderno processual.

A intimação para sanar tal vício se faz mister, pois no caso dos autos, é indubitável que a procuração outorgada é eivada de vício não produzindo, assim, nenhum efeito legal[4].

Assim, requer a Vossa Excelência se digne intimar a parte autora para sanar o vício contido no instrumento procuratório, sob pena de indeferimento da inicial.

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.

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;

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.

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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta 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, sendo um na figura de revisor.

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)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190637381 Cidade: Francinópolis Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ALCENOR JOSE DA CRUZ Data do acidente: 04/08/2019 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2019
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.
Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.
Sequelas: Com sequela
Documento/Motivo:
Nome do documento faltante:
Apontamento do Laudo do IML:
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.
Documentos complementares:
Observações: PG 12 - CIRURGIA
PG 14 - IMAGEM

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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, recorrendo 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 ressaltar 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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve 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 **04/08/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:	25/11/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALCENOR JOSE DA CRUZ

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05797-5

CONTA: 000000674013-8

Nr. Autenticação

BRABESCO251120190500000000023705797000000674013168750 PAGO

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.

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\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

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 HOUE 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.

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.”

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.

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

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.”

⁸art. 1º. (...)

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

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 da 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 horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

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,

ELESBAO VELOSO, 4 de maio de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos 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 cursem 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	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
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\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
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 **ALCENOR JOSE DA CRUZ**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **ELESBAO VELOSO**, nos autos do Processo nº 08007089120208180049.

Rio de Janeiro, 4 de maio 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

TIM S.A.
Rua Lisandro Nogueira, 191A
CENTRO - TERESINA - PI
CNPJ: 02.421.421/0024-08 - I.E.: 194445895
CNPJ de Matr.: 02.421.421/0001-11

TIM
BLACK

Página 1 de 4

R\$ 98,89

VENCIMENTO

25/08/2019

EMIÇÃO: 07/08/2019

POSTAGEM: 14/08/2019

FATURA: 3928882451

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
RUA SETE DE SETEMBRO, 244
CENTRO
64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI

CLIENTE: 1.67423773

CPF/CNPJ: 84939443353

ACESSO: 86 99999-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

IMPORTANTE PARA ADRIANA

Participe do Conselho de Usuários da TIM. Mais informações: www.tim.com.br/conselhodeusuarios.

RECAPITULE SUA ÚLTIMA FATURA

Serviços TIM S.A.	VALOR
☒ Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 90,01
☒ CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 7,25
☒ OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 1,63

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007

MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP)

Desconto Oferta TIM Pós C Plus

Desc Relac 25% Oferta TIM Pós C Plus

Subtotal

10 GB de Internet

Minutos locais e DDD com 41

10GB de Internet para Vídeo

TIM Music

TIM Banco Virtual

TIM Backup 30GB

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	-	1	31	07/07 a 06/08	199,99
-	-	2/12	31	07/07 a 06/08	-60,00
-	-	4/6	31	07/07 a 06/08	-49,98
-	-	-	-	-	90,01
10GB	-	1	31	07/07 a 06/08	Incluído
Ilimitado	173m54s	1	31	07/07 a 06/08	Incluído
-	-	1	31	07/07 a 06/08	Incluído
-	-	1	31	07/07 a 06/08	Incluído
-	-	1	31	07/07 a 06/08	Incluído
-	-	1	31	07/07 a 06/08	Incluído

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-lo, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

WPPSC TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	PJST	R\$ Q,00
ICMS	50%	R\$ 7,02	R\$ 3,51	PUNTEL	R\$ 0,24
PIS/COFINS - Serviços Telecom	3,65%	-	-	-	-
PIS/COFINS - Serviços Neo Telecom	4,45%	-	-	-	-
PIS/COFINS - Serviços Neo Telecom	9,25%	-	-	-	-

De: 07/08/2019 a 06/09/2019

As contribuições de PIS (0,65%) e PUNTEL (0,5%) não são representadas em tarifas

Informações Complementares - Plano(s) e Serviço de Valor Adicionado (V.A.)

Incluído no(s) Plano(s)

Franquia(s)	R\$ 44,49
SVA	R\$ 54,50
Desconto(s) Franquia(s)	R\$ -80,01
Desconto(s) SVA	R\$ -79,96

TIM

Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e ainda ganha um bônus de Internet toda mês. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para a central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000009121536776014

MÊS DE REFERÊNCIA
AGO/2019

DATA DE EMISSÃO
07/08/2019

DATA DE VENCIMENTO
25/08/2019

VALOR
R\$ 98,89

VIA BANCO

8469000000 - 7 98890109011 - 4 00392888245 - 9 10121536776 - 0

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 95

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Adriana Carla de Sousa Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.394.433 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Alcener José da Cruz inscrito (a) no CPF sob o Nº 030.440.373 / 96,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Alcener José da Cruz

inscrito (a) no CPF sob o Nº 030.440.373 / 96, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Sete de Setembro</u>	Número: <u>244</u>	Complemento: <u>Centro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Elestão Veloso</u>	Estado: <u>Piauí</u>
E-mail: <u>carladrianasousa@gmail.com.br</u>	CEP: <u>64.325-000</u>	Tel. (DDD): <u>86</u> 99981-6008

Local e Data: E. Veloso, Pi 07.11.2019

Adriana Carla de Sousa Silva

Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE PEDRO LOPES
FRANCINÓPOLIS

DIR. DE UNID. DE CONTOLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO, E AUDITORIA-
DUCARA

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERÊNCIA (89) 3472-1140
DATA 05/02/19 HORA 19:30 Nº DO TELEFONE

HOSPITAL SOLICITANTE UMSPL
MÉDICO Edson S. Bello do Nascimento CRM: 7340-Pi MUNICIPIO Francinópolis

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO
() Obstetria (X) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Psiquiatria () Outro

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
Nome Alceu Sora da Cruz

idade 69 anos Sexo: (X) Masculino () Feminino

HDA Paciente vítima de trauma de queda em 04/02/19
Lança importante de partes moles. Redigido no 1º dia
medida plástica. Paciente possui hemiparesia, quadro
distúrbio em membros inferiores. Exame físico normal.

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
(X) Espontânea	(X) Orientado	(X) Obedece a comandos
3- Comandos	4- Confusa	5- localiza dor
2- A dor	3- Palavras Inapropriadas	4- Movimento de retirada
1- Nenhum	2- Palavras Incompreensíveis	3- Flexão anormal
	1- Nenhuma	2- Extensão anormal
		1- Nenhuma

SINAIS VITAIS
Tax. 22 SC P: 80 R: 20 mmHg PA: 100x80 mmHg Sat O2 99
Glicemia: mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

() Oxigênio (X) Hidratação Venenosa S.F.O. 97%
() Aspiração (X) Medicação Trocar + Celoxan.
() Curativo () Outros

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

HOSPITAL DE DESTINO
Hospital: Hospital de Picos
Clínico/ Posto: Dr. Edson S. Bello do Nascimento
Assinatura e Carimbo do Médico Senha: 20190205012-7208



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

PRAÇA ANTENOR NEIVA,

BOMBA, PICOS/PI - 64601-391

CNPJ: 06.553.564/0102-81

(89) 3422-314 - (89) 3422-1314

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P0669173

Data: 05/08/2019

Funcionario: FRAN

Registro: 416635

Hora: 22:28:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 186

SUS

ALCENOR JOSE DA CRUZ

Nasc.: 03/01/1950 Idade: 69 A, 7 M, 2 D

End.: ANTONIO BESERRA, 0 -

IBGE: 2204006 Cor: PARDA

Telefone: (86) 9990-97548

Profissão:

Bairro: CENTRO

Mãe: MARIA JOSINA DA SILVA

Celular: (86) 9990-97546

CPF: - RG: 2419408 - SUS: 708404739113860

Civil: VIUVO(A)

CEP: 64520-000

Cidade: FRANCINOPOLIS/PI

Pai: SEBASTIAO JOSE DA CRUZ

Clinica: ACOlhIMENTO

Documento: 170029 - VIANNIKA EVIWLDA COSTA LEAL

Responsavel: ALCENOR JOSE DA CRUZ - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.: 150x70mm

05/08/2019 22:28 0301060118 ACOlhIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☒ Sem

☐ Vermelho - Emergência

☒ Amarelo - Urgente

☐ Verde - Pouco Urgente

☐ Azul - Não Urgente

223538

Queixa principal: DOR NA PERNA

Vítima de trauma automobilístico na tarde de hoje, apresentando
primariamente em M+E, com incunichamento médio referindo trauma em

Exame clínico/físico:

Nega Nalgia

Dra. Viannika Eviwl
CCREN-PI 170.029 ENF

Diagnóstico provável:

Frousa com M+E

☐ NOTIFICAR?

Medicação:

Hospital Regional Justino Luz
CENTRO DE ATENDIMENTO
11/08/2019

Procedimentos/exames realizados:

01 GPO 700ml P 17h30

Ass. Técnico

72 Soluto R+cl M+E 1 ACOlh

21 Soluto univ. de univ. de univ.

Tratamento Médico Med. al FVZ (E)

Jose Ayres Pedreira Junior
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PI 170.029 ENF

Dr. Guilherme
CRM-PI 170.029 ENF

Responsavel: ALCENOR JOSE DA CRUZ

170029 - VIANNIKA EVIWLDA COSTA LEAL

Atendimento	1062843
Data:	06/08/2019
Hora:	11:25

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA ANTENOR NEIVA, 184
PICOS/PI

Nº AIH

BOLETIM DE ADMISSÃO

416635 - ALCENOR JOSE DA CRUZ

VIUVO(A) - Sexo: MASCULINO - Nascimento: 03/01/1950 - Cor/Raça: 03-PARDA

69 A, 7 M, 3 D

Clinica: CIRURGIÃO Enfermaria: 20- C. CIRURGICA - M Leito: C20/93 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 5111 - GUSTAVO TEIXEIRA FELIX DE ALMEIDA

CPF: RG: 2419408 CNS: 708404739113880 SIS Prenatal:

Endereço: ANTONIO BESERRA, Nº 0 - CEP: 64520-000 Bairro: CENTRO

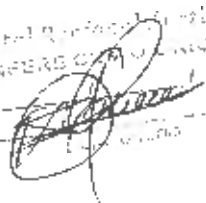
Cidade: 2204006- FRANCINOPOLIS/PI Profissão: Telefone: (86) 9990-97546

Pai: SEBASTIAO JOSE DA CRUZ Mãe: MARIA JOSINA DA SILVA

Responsável: ALDEVAN JOSE DA CRUZ - (86) 9990-97546 - FILHO

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Hospital Regional Justino Luz
CONFERÊNCIA DE ADMISSÃO
Data: 06/08/2019
Assinatura: 

Resultado

☐ Curado	☐ Removido	☐ -48 Horas
☐ Melhorado	☐ Pedido	☐ +48 Horas
☐ Inalterado	☐ Evasão	☐ Obito
☐ Piorado	☐ Indisciplina	

Transferido _____

História Clínica

Diagnóstico Provável

GUSTAVO TEIXEIRA FELIX DE ALMEIDA

Evolução Clínica

[illegible]



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ



J. Barroso

NOME:

HD: *Fortuna Marcelo Med. al TN2*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA: 08/08/2019

1. DIETA LIVRE

2. JELCO SALINIZADO

3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180 OU PAD>100 MMHG

4. DIPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h ~~S/N~~

5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8 S/N

6. TRAMADOL 100 MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8 h S/N

7. TILATIL 40MG + AD EV 12/12H

8. OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHA

9. SSVV + CCGG

10. *Cefalotina 1g v 6 6h*

11. *Carbamato de...*

12. *Hemograma completo*
coagulograma

ALA C

APTO

LEITO

R. MET.

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO DE MEDICAÇÃO

OBSERVAÇÕES

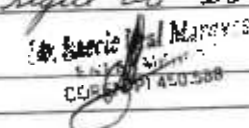
José Ayres Pinheiro Junior
Ortopedia/Traumatologia
CRM 3424 TECT 41 S
709 234.560, 976-11



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ



20-93

NOME: <u>Alcides José da Cruz</u>	ALA <u>C20</u>	APTO <u>93</u>	LEITO	R. MET.
ID: <u>Fratura metacarpo proximal 7º</u>	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA <u>08/08/19</u>				
1. DIETA ORAL <u>DIABÉTICO</u> , <u>dieta</u> , <u>líquida</u>				
2. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (S/N)				
3. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 (S/N)				
4. OMEPRAZOL 40 MG VO ÀS 06 HORAS				
5. CAPTOPRIL 25MG - 01 COMP. V.O SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG				
6. BROMOPRIDA 10MG - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (SN)				
7. INSULINA REGULAR SC CONFORME HGT:				
180:0 250:300:60U				
180:200:2 UI 500:350:80U				
200:250:4 UI 350:400U				
8. GLICOSE 50% 40ML IV SE HGT < 60MG/DL E CHAMAR				
GLICÔNISTAS				
9. CURSIVA DE 4 HORAS				
Dr. Gustavo Félix CRM-PI 1709516				
		At 11:00 Pst admitida P/ TTD, Ortopedia Cirurgica - Condição Orientada, apresenta MIE, segue ao envia-lucronista.  Lucronista		
		At 13:00h Pst 6+35U PA: 130x70 mmHg T: 36,8°C P: 76, P.P.m At 21:10h Pst 6+35U PA: 150x70 mmHg T: 37,6°C P: 81, P.P.m		



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME: ALCENOR JOSE DA CRUZ	ALA C	ENF 20	LEITO 93	R. MET.
HID: FX DO TORNOZELO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA: 07/08/2019	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
1. DIETA ORAL LIVRE			Paciente no 3º DH, segue cond-	
2. JELCO HIDROLISADO			ciente, orientado, físico, hie-	
3. OMEPRAZOL 40 mg VO AS 06 HORAS			mizado, alimentação satisfatória,	
4. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	17/08/2019		evacuação e diurese presente,	
5. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 mL EV 8/8 h (SN)	20/08/2019		AVP no MSD, melhora da em-	
6. ONDANSETRONA 8mg - 01 AMP IV 8/8 HORAS (SN)			tensão fechada em F.O ortopé-	
7. CAPTOPRIL 25MG - 01 COMP VO 8/8 h SE PAS > 160			dica na M.E., com presença	
MMHG E/OU PAD > 110 MMHG			de secreção sangüínea	
8. SSVV + CCGG			aplicado solução fisiológica	
			para limpeza SSVV: T: 38,4°C	
			F.C: 64 bpm, F.R: 18 irpm,	
			PA: 130x80 mmHg Est. tec. enf. Joyce / Inimicus	
			Cus 14:40 hs afundado SSVV	
			T: 36,5°C, PA: 120x80 mmHg	
			Est. tec. enf. Joyce / Inimicus	
			35h - Afundado SSVV: PA: 120x80 mmHg	
			250x90 mmHg, T: 36°C	



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME: <i>Alcides José da Luz</i>	ALA C	APTO <i>020</i>	LEITO <i>93</i>	R. MET.
HD:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
PREScrição Médica	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
DATA: 08 / 08 / 2019			As 09:40h realizado curativo	
1. DIETA LIVRE	<i>Alcides</i>		no ME Te Fradipônia 4721442	
2. JELCO SALINIZADO			em 12:00h curado PA 160x90mm	
3. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180 OU PAD>100 MMHG			Ap. Te Fradipônia 4721442	
4. DAPIRONA 01 G + AD EV 6/6 h S/N			20 22 24 26 28 30 32 34 36 38 40 42 44 46 48 50 52 54 56 58 60 62 64 66 68 70 72 74 76 78 80 82 84 86 88 90 92 94 96 98 100	
5. ONDANSETRONA 8MG + AD EV 8/8 S/N				
6. TRAMADOL 100 MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8 h S/N				
7. TILATIL 40MG + AD EV 12/12h				
8. OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHA				
9. SSVV + CCGG				
<i>Ronald</i> Ronald Cordeiro Barros Ortopedista CRM 183-00				



Dr. Gerson Xavier
 Especialista em Transmisiões
 Rua do Comércio, 155/1
 São Paulo - SP, 01311-000



SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ



Alcener

NOME: Alcener Justo da Cruz	ALA 20	APTO 43	LEITO	R. MET.
HD: Fx T2	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO DE MEDICAÇÃO		OBSERVAÇÕES
DATA: 07/08/19				
1. DIETA GERAL.				
2. Scafp Salinizado				
3. RANITIDINA 25 MG/ML- 01 AMP + AD, IV, 8/8H	14/22/06			Paciente com
4. DULIRONA 1 G + AD EV 6/6 h SOS	6N			CEG, realizado em
5. TILATIL 20 MG EV 12/12 h	12/24			em MAC. Paciente
6. TRAMADOL 100 mg + SF 0,9% 100 ML EV 8/8 SOS	5N			com paroxismo de crises
7. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA	5N			de glúteos na região cingula
8.				PA 120/80 mmHg T24/2
9.				de glúteos com 30% de lesão
10.				06:00 PA 120/70 mmHg
11.				
8.				
9.				
10.				

Dr. Carlos Eduardo Benício
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI: 5274 / CRM-MA: 9618

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

2 - CNES
4009622

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

4 - CNES
4009622

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
ALCENOR JOSE DA CRUZ

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
416635

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
798404739113860

8 - DATA DE NASCIMENTO
03/01/1950

9 - SEXO
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 2

10 - NOME DA MÃE
MARIA JOSINA DA SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO
(86) 9990-97546

12 - ENDEREÇO
ANTONIO BESERRA, 0 - CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
FRANCINÓPOLIS

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
2204008

15 - UF
PI

16 - CEP
64520-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Presença de vertigem há 1 dia, apresentando cores em pontilhadas por intermitência, fadiga profunda Tarepelo (F).

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO
Necessária cirurgia.

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
Rr

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Interna Tarepelo (F)

21 - CID PRINCIPAL
582.6

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Osteonectomia

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
10408050573

26 - CLÍNICA
Orto

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
Vigil

28 - DOCUMENTO
() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
036

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
Joaquim P.

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
06.08.19

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)
CRM 324-TEO/PI 97

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ORGÃO EMISSOR
M220800001

45 - CODUMENTO
() CNS () CPF

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

Dr. Osvaldo Alves Costa
Médico Auditor SMS - Picos
Cartão SUS 100.590.547.630.000
CPF: 011.641.413-49/CRM-PI 314

Assinatura paciente/Responsável
Lina A. K. de A. Z

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-301 - Picos-Pi

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE	SEXO	APTº	LEITO
Prontuário	CONVÊNIO	DATA	HORA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	ATA	INÍCIO DA CIRURGIA	FIM DA CIRURGIA
CIRURGIA PROPOSTA	CIRURGIA REALIZADA		
TIPO DE CIRURGIA:	ELETIVA	☐ REINTERNAÇÃO	
☐ LIMPA	☒ POTENCIALMENTE CONTAMINADA	☐ CONTAMINADA	☐ INFECTADA

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA / ACHADO CIRÚRGICO

INTERCORRÊNCIAS

ANTIBIOTERAPIA	☐ NÃO ☒ SIM	ANATOMIA PATOLÓGICA	☐ NÃO ☐ SIM
QUAIS:	Nº DE PEÇAS:	LOCALIZAÇÃO:	
MATERIAIS ESPECIAIS	☐ NÃO ☒ SIM	SÍNTESE/TIPO:	☐ ÓRTESE/TIPO:

MEDICAMENTOS UTILIZADOS

TIPO DE ANESTESIA	ANESTÉSICO	DURAÇÃO
ANESTESISTA		
CIRURGIÃO	CREMEB	ASSINATURA
1º CIRURGIÃO AUXILIAR	CREMEB	ASSINATURA
2º CIRURGIÃO AUXILIAR	CREMEB	ASSINATURA

Nome: ALCENOR JOSE DA CRUZ
Idade: 69a 8m 12d
Data: 16/09/2019
Solicitante: .
Convênio: PARTICULAR
Código: 61793

RX DO PÉ ESQUERDO (02 INC.)

RELATÓRIO

- Textura óssea reduzida.
- Material metálico de síntese fixando fratura nos maléolos lateral e medial.
- Demais estruturas ósseas visualizadas íntegras.
- Espaços articulares preservados.
- Placas parietais de calcificação nas artérias tibiais e dorsal do pé.
- Entesopatia aquileana e plantar de calcâneo.



Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto
CRM 3255

ALCENOR JOSE DA CRUZ
Sexo Masculino
Idade 69 Anos

Data de aquis.: 16/9/2019
Hora de aquis.: 11:36:22



Esq.

Exame: NÃO_ESPECIFICADO
Índice de exp 2964
Méd. Solic.

CLINICA ANTONIO BOMFIM VALENÇA - PI

✓

last Aires Pedreira (pau)
 100...
 100...
 100...

Dr. Taylor & Co. 62

[Handwritten notes:]

Copied from [unclear] (info)
Parker, [unclear] 33378
As per [unclear] [unclear]
sent [unclear] [unclear]
E. C. [unclear] [unclear]

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-301 - Picos-PI

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA PERIOPERATÓRIA

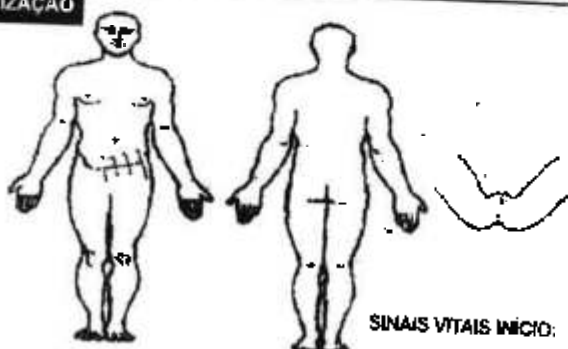
Usuário: Alcides da Cruz ☐ ☐ Prontuário: _____
D.N.: 03 / 01 / 1950 Sexo: (M) F: _____
Procedimento Cirúrgico: Intussuscepção pré-torcida torçã Data Cirúrgica: 12 / 08 / 2019

Antes da indução anestésica	Antes da incisão cirúrgica	Antes da saída do paciente da sala cirúrgica
(Na presença de, pelo menos, membro da equipe de enfermagem e do anestesiológico)	(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e o cirurgião)	(Na presença da equipe de enfermagem, do anestesiológico e o cirurgião)
O paciente confirmou a sua identidade, o local da cirurgia, o procedimento a seu consentimento? ☒ Sim	☒ Confirmar que todos os membros se apresentaram, indicando seu nome e sua função	Membros da equipe de enfermagem confirma verbalmente:
O local está demarcado? ☒ Sim ☐ Não aplicável	☒ Confirmar o nome do paciente, o procedimento e onde será aplicada a incisão	☐ O nome do procedimento
Foi concluída a verificação do equipamento de anestesiologia e da medicação? ☒ Sim	A profilaxia antimicrobiana foi administrada nos últimos 60 minutos? ☒ Sim <u>Hospital Regional Justino Luz</u> ☐ Não aplicável <u>com o cirurgião</u>	☐ A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e agulhas
O oxímetro de pulso está colocado no paciente e funcionando? ☒ Sim	Prevenção de eventos críticos para o Cirurgião: ☐ Quais são as etapas críticas ou não rotineiras? Qual duração do caso? ☐ Qual quantidade de perda de sangue prevista?	☐ A identificação das amostras (ler as identificações das amostras em voz alta, inclusive o nome do paciente)
O paciente possui: Alergia conhecida? ☐ Sim ☒ Não	Para o anestesiológico: ☐ Há alguma preocupação especificamente relacionada ao paciente?	☐ Se há quaisquer problemas com os equipamentos a serem resolvidos
Via aérea difícil ou risco de aspiração ☒ Não ☐ Sim, equipamentos/assistência disponíveis	Para equipe de enfermagem: ☐ Foi confirmada a esterilização incluindo os resultados dos indicadores? ☐ Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?	Para o Cirurgião, o Anestesiológico e Equipe de Enfermagem: ☐ Quais são as principais preocupações para a recuperação e manejo deste paciente?
Risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg para crianças)? ☒ Não ☐ Sim, e 2 acessos intravenosos/ou 01 acesso central e fluidos previstos	Os exames de imagem essenciais estão disponíveis? ☐ Sim ☐ Não aplicável	
		assinatura-COREN

REGISTRO DE ENFERMAGEM NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO

CIRCULANTE: Georgina Oliveira SALA Nº 04
ENTRADA NA SO 17:30 INÍCIO DA ANESTESIA: 17:45 INÍCIO DA CIRURGIA 17:50
SAÍDA DA SO _____ TÉRMINO DA ANESTESIA _____ TÉRMINO DA CIRURGIA _____
CIRURGIA PROPOSTA: Fratura torçozelo esquerda
CIRURGIA REALIZADA: Internossintese fratura torçozelo esquerda
CIRURGIÃO: Dr. Ayres Júnior ANESTESIOLOGISTA: Dr. Cavalcanti INSTRUMENTADOR _____
ASSISTENTES: 1º _____ 2º _____ CRM _____

MONITORIZAÇÃO



SÍMBOLOS

- ☐ PLACA DE BISTURI ELÉTRICO
- ☐ ELÉTODOS
- ☐ INCISÃO CIRÚRGICA
- ☐ OXIMETRIA DE PULSO
- ☐ PANI

SINAIS VITAIS INÍCIO: PA 140x85 SATO 95% FC 76
SINAIS VITAIS TÉRMINO PA 101x77 SATO 96% FC 69

TIPO DE ANESTESIA

- ☐ BLOQUEIO - SEDAÇÃO
- ☐ BLOQUEIO AXILAR
- ☐ BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2
- ☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL
- ☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMULI PLEX
- ☐ BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20
- ☐ BLOQUEIO PERIBULBAR
- ☐ GERAL COMBINADA (V+I)
- ☐ GERAL INALATÓRIA
- ☐ GERAL VENOSA
- ☐ LOCAL
- ☐ PERIDURAL
- ☐ SEDAÇÃO
- ☐ SEDAÇÃO + LOCAL
- ☐ TÓPICA
- ☐ GERAL
- ☒ Ráquide
- ☐ COM CATETER
- ☐ SEM CATETER

- ☐ TUBO ENDOTRAQUEAL Nº _____
- ☐ COM CLIFF
- ☐ SEM CLIFF
- ☐ MÁSCARA LARÍNGEA Nº _____
- ☐ OUTRAS _____

POSIÇÃO INTRA-OPERATÓRIA

- ☒ DORSAL
- ☐ VENTRAL
- ☐ GINECOLÓGICA
- ☐ LITOTÔMICA
- ☐ LATERAL ESQUERDO
- ☐ LATERAL DIREITO
- ☐ SENTADA
- ☐ SEMI-FOWLER
- ☐ TRENDELEMBURG

PREPARO DA PELE

- DEGERMAÇÃO ANTI-SEPSIA REALIZADA POR
- ☒ PVPI DEGERMANTE
- ☐ PVPI ALCOOLICO
- ☒ EQUIPE MÉDICA
- ☐ SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA
- ☐ CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO
- ☐ EQUIPE ENFERMAGEM
- ☒ PVPI TÓPICO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ☐ CATETERISMO VESICAL
- ☐ TRICOTOMIA
- ☐ PASSAGEM SNG
- ☐ FUNÇÃO VENOSA
- ☐ MSD
- ☐ MSE
- ☐ ASPIRAÇÃO
- ☐ OUTROS _____
- ☐ GLICEMIA CAPILAR _____ mg/dl

- ☐ SONDA URETRAL Nº _____
- ☐ SONDA FOLEY Nº _____
- ☐ COLETOR
- ☐ UROSTOP
- ☐ AP BARBEAR _____ UND.
- ☐ SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº _____
- ☐ SNG Nº _____
- ☐ JELCO Nº _____
- ☐ LANCETA _____ UND.

GARROTEAMENTO

- TIPO ☐ FAIXA DE SMARCH _____ UND.
- LOCALIZAÇÃO ☐ BRAÇO ☐ ANTEBRAÇO
- TEMPO INÍCIO _____ TÉRMINO _____
- ☐ GARROTE PNEUMÁTICO _____ mmHg
- ☐ COXA
- ☐ PANTURRILHA
- ☐ NÃO SE APLICA

SERVIÇOS SOLICITADOS

- ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA
- ☐ LABORATÓRIO
- ☐ RX
- ☐ NÃO
- ☐ SIM
- ☐ INTENSIFICADOR DE IMAGEM
- ☐ OUTROS _____
- LOCAL _____ Nº DE FRASCOS _____
- NÃO SE APLICA

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos - PI

FICHA DE SALA

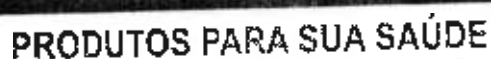
NOME DO PACIENTE <i>Alcener José da Cruz</i>				DATA <i>12/08/2019</i>	PRONTUÁRIO	LEITO
PROCEDIMENTO <i>Artroscopia fratura tornozelo esquerda</i>				SALA <i>04</i>		
MATERIAL DE CONSUMO	QUANT.	UND.	TOTAL	APARELHAGEM		
SERINGA 1 ML 3 ML				ARCO CIRÚRGICO	☐	
SERINGA 5 ML/10 ML	<i>1/02</i>			BOMBA DE INFUSÃO	☐	
SERINGA 20 ML				ASPIRADOR	☐	
KIT ACESSO CENTRAL				AUTOCLAVE	☐	
SONDA DE ASPIRAÇÃO				INSTRUMENTAL CIRÚRGICO	☒	
AGULHA 40X12	<i>03</i>			ULTRASSON	☐	
ALGODÃO				STIMUPLEX	☐	
ÁGUA DESTILADA	<i>02</i>			USO DA SALA		
VPI <i>100/100</i>	<i>200ml</i>			INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO
SONDA VESICAL				OPERAÇÃO		
COLETOR DE URINA				CIRURGIÃO		
ESCOVA COM DEGERMANTE	<i>03</i>			AUXILIAR		
ATADURA COM CREPOM <i>15cm</i>	<i>02</i>			ANESTESISTA		
ATADURA GESSADA				TIPO DE ANESTESIA		
ATROPINA				INSTRUMENTADOR		
KETALAR				OCORRÊNCIAS		
DIMORF				<i>Dr. Alcener José da Cruz</i> <i>Proprietário</i> <i>CPF: 000.000.000-00</i> <i>RG: 000.000.000-00</i>		
NEOCAÍNA PESADA <i>amp</i>	<i>01</i>					
LIDOCAÍNA <i>amp</i>	<i>01</i>					
PROFANOL						
MIDAZOLAN						
DIAZEPAN						
TIOPENTAL						
EFORTIL						
DIPIRONA						
CEFAZOLINA <i>ig</i>	<i>02</i>					
FENTANIL						
FLUMAZENIL						
PLASIL						
VITAMINA K						
VITAMINA A						
OCITOCINA						
METHERGIN						
CAT-GUT SIMPLES						
CAT-GUT-CROMADO						
FIO DE ALGODÃO						
NYLON <i>nº 30</i>	<i>02</i>					
VYCRIL <i>nº 10</i>	<i>03</i>					
PROLENE						
CLAMP UMBILICAL						
PULSEIRA RN						
GAZE <i>pac e/und</i>	<i>04</i>					
ESPARADRAPO <i>cm</i>	<i>20</i>					
LÂMINA DE BISTURI						
LUVA ESTÉRIL <i>nº 80/7.5</i>	<i>04/01</i>					
LUVA DE PROCEDIMENTO	<i>03</i>					
SORO FISIOLÓGICO 0.9% <i>pac e/und</i>	<i>04</i>					
SORO GLICOSADO 5%						
MANITOL						
RINGER LACTADO						
JELCO						
TUBO OROTRAQUEAL						
AGULHA STIMUPLEX						
AQUIPO						
AGULHA DE RAQUE	<i>01</i>					
TNOXICAM						

MÉDICO: *Dr. Alcener José da Cruz*
 ENFERMEIRA(O):
 TÉCN. ENFER.: *Guilherme / 5.14.100*

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-391 - Picos-PI

FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE:										Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA					
EXAMES DE SANGUE	GRUPO SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA					
EXAMES DE URINA											
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA											
SISTEMA CIRCULATÓRIO											
SISTEMA RESPIRATÓRIO											
SISTEMA DIGESTIVO											
ESTADO MENTAL											
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO											
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)											
APLICADO ÀS											
EFEITOS											
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO								TOTAL DE DOSES	
LIQUIDOS		SO. UTO								SEQUÊNCIA	
TEMPERATURA		Cº		1		2		3		4	
P. ARTERIAL		38		500		400		300		200	
V. O. PULSO		2		300		200		100		100	
INICIO E FIM ANESTESIA		X		1802		1802		100		100	
INICIO E FIM OPERAÇÃO		X		100		100		100		100	
RESPIRAÇÃO		O		100		100		100		100	
SÍMBOLOS											
TÉCNICAS											
OPERAÇÕES											
CIRURGIÕES											
ANESTESISTAS											
PARTICULARIDADES											
DURAÇÃO											
INCIDENTE / ACIDENTE											
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS IMEDIATAS:											



PROTEPI - PRODUTOS TECNOLÓGICOS DO PIAGI LTDA.
CNPJ: 12.583.959/0001-14 • INSC. ESTADUAL: 19.479.154-8
Av. Frei Serafim, 1838, Salas 01 e 03, Centro • CEP: 64.000-020 • Teresina - PI
Fone: (86) 98884-6757 • Fone/FAX: (86) 3217-3490
protepi@protepi.com / protepicitacao@gmail.com

Nome do Hospital: Hospital Regional Heratino Paz

CNPJ: _____

Assinatura: C. G. B. B.

Cargo: Auto Equip

Name: Chloe Anderson

Código ROPM Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL
	1 Placa de P. GF 3 p. central nº 12 2 p. central nº 18 1 - 11 - 11 - 11 20 CX 3.5"
	2. Material para a construção do sistema de controle e monitoramento

Comunicação ao Fornecedor acerca que utilizamos o(s) material(is) aqui discriminados do paciente abaixo:

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 12 / 08 / 19

DATA DA ALTA: ____/____/____

PACIENTE-Name: Alberto José de la Cruz

Nº A/H: _____

Nº do Prontuário: _____ Data da Internação: 03/08/17

Procedimiento Médico Realizado: Intervención para extracción de la dentadura

Indicador de Compatibilidade: _____

100% cotton lining
- 100% cotton lining -
- 100% cotton lining -
- 100% cotton lining -

Alto nível de cura

Atletismo

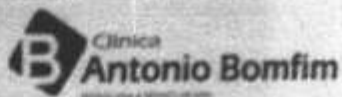
Atleta possui dor no joelho que
o impede de fazer um levantamento
de peso de 100kg (E)
Reduzido tratamento cirúrgico
Esta lesão de artroscopia
com perda de 30% do volume do
joelho (E) e artrose

(Mr. 11/9.1 + 11/5.1)

13/12/19

Dr. Fco. das Chagas B. Sousa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3920

Nome: ALCENOR JOSE DA CRUZ
Idade: 69a 11m 9d
Data: 13/12/2019
Solicitante: FRANCISCO DAS CHAGAS B SOUSA
Convênio: PARTICULAR
Código: 61793



RX DO TORNOZELO ESQUERDO (02 INC.)

RELATÓRIO

- Textura óssea reduzida.
- Material metálico de síntese fixando fratura nos maléolos lateral e medial.
- Demais estruturas ósseas visualizadas íntegras.
- Espaços articulares preservados.
- Placas parietais de calcificação nas artérias tibiais e dorsal do pé.
- Entesopatia aquileana e plantar de calcâneo.

Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto
CRM 3255

Nome: ALCEOR JOSE DA CRUZ

Endr: Rua 11m 90

Data: 13/12/2011

Soliciante: FRANCISCO DAS CHAGAS E SOUSA

Convênio: PARTICULAR

Código: 61793

 **Dr. Antonio Scrimfim**
Osteodentista

RX DO TORNOZELO ESQUERDO (02 INC.)

RELATÓRIO

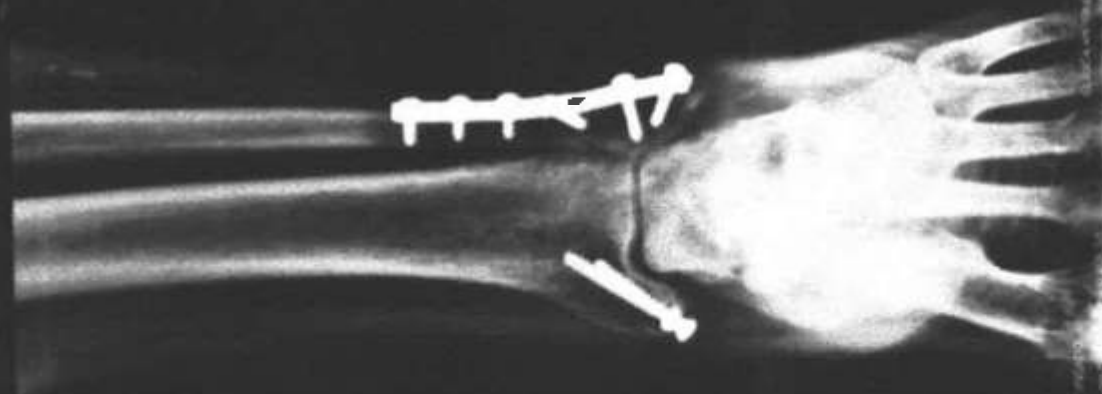
- Textura óssea reduzida.
- Material metálico de síntese fixando fratura nos maléolos lateral e medial.
- Demais estruturas ósseas visualizadas íntegras.
- Espaços articulares preservados.
- Placas parietais de calcificação nas artérias tibiais e dorsal do pé.
- Entesopatia esquelena e planter de calcâneo.



Dr. Pedro de Paula Bonfim Neto
CRM 3255



Exame de radiografia de anteroposterior da articulação do tornozelo direito, após a realização da cirurgia de fixação da fratura do rádio distal com placa e parafusos.



Esq.



Imagem para o exame de radiografia
do joelho, com o paciente em decúbito
supino, com o joelho em flexão de 90°.

Imagem para o exame de radiografia
do joelho, com o paciente em decúbito
supino, com o joelho em flexão de 90°.

Antonio Bonini





CERTIDÃO

Nº. 1699/2017

Atendendo solicitação de IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº41181 pertencente a **WELLYSSON RYAN GOMES DA SILVA** que foi atendido dia 01/07/2017 às 20H59min, vítima de queda de moto, apresentando trauma pé esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do 5º metatarso. Tratamento conservador.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dató e assino a presente certidão.

João Pessoa, 20 de novembro de 2017


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 808/003, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1747375, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **WELLYSSON RYAN GOMES DA SILVA** idade 21 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 01/07/2017, na Av. Brasil, Bairro: Sesi - Bayeux - aproximadamente às 19:55 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcísio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 01 de Agosto de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CPF nº 401711

SAMU 192 JP
Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JUIZ DE DELS MARTINS



POLEGAR DIREITO



Não alfabetizado

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

IDENTIFICADORA 2.119.408 DATA DE EMISSÃO 12.03.2002

NOME ALCENOR JOSÉ DA CRUZ

PAIÃO Sebastião José da Cruz
Mãe Maria Josina de Silva

Regeneração, Piauí 03.01.1950

DOC. CIVIL Casmt. 273. Liv. 02. Fls. 170. 2ª of
Exp. em Francinópolis, Pi. a 27.07.69.

Assinatura do Titular

ASSINADO QUEM
12.03.2002

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
030.110.373-96

Nome
ALCENOR JOSE DA CRUZ

Nascimento
03/01/1950

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS REDES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES E LOGISTICA NACIONAL DE REGISTRAÇÃO

1751575165

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

DOC. IDENTIFIC. (RG) BRASILEIRO
1651371 889 21

CNPJ
845.394.632-53

DATA NASCIMENTO
30/07/1977

PLACA
JOSE MIRIAM DA SILVA
MARIA CARMELO DE SOUSA

PERMISSÃO
11/01/2022

DATA DE VALIDADE
04/01/2019

1751575165

PROIBIDO PLASTIFICAR

1751575165

16/01/2019

51126670644

PIAUÍ

V-02
 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DA PARAIBA
 SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Wellysson Ryan Gomes da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.655.062 2 VIA DATA DE EXPIRAÇÃO 04/06/2015

NOME WELLYSSON RYAN GOMES DA SILVA

FILIAÇÃO EDSON PEREIRA DA SILVA
 ROSINALVA GOMES DA SILVA

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 18/10/1995

DOC ORDEM NASC.N. 45443 FLS. 288V LIV. A43
 CARTÓRIO BAYEUX, PB

CPF 123.347.264-00

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/06/03



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PI

Nº 011547936228

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

009028916

2016

2407
0110
1228

1 01076886512

2016

CARLENTA DA SILVA

9401
5441
6904
6074
8403
2116

03090423308

PIQ-0721

9C2JB0100GR022167

PAS/MOTOCICLO/MENINHA

GRASOLINA

HONDA/POP 1101

2015 2016

02P/0109CC

PARTIC

PRETA

1

IPVA

2

PAGO

3

PAGO

ALIANÇA FIDUCIARIA

ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA

FRANCINOPOLIS

24/02/2016

SECRETARIA DE ESTADO DO PIAUÍ

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS-PERSSOAS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTIVO SEU INTERESSE, OU POR SUA CARGA, PESSOAS
TRANSFERRIDAS OU RAO/SEGURO DPVAT

PI Nº 011547936228

BILHETE DE SEGURO DPVAT

03090423308

PIQ-0721

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 922 1204

2016

24/02/2016

1 03090423308

PIQ-0721

01076886512

HONDA/POP 1101

2015

9C2JB0100GR022167

PRÊMIO TÁXIFARIO

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

SEGURADORA LIBER - DPVAT

CHUV 08.345.000 0601-04

www.seguradoraliber.com.br

450-2014

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PI

Nº 011547936228

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

009028916

2016

2407
0110
1228

1 01076886512

2016

CARLENTA DA SILVA

9401
544F
B904
C074
8403
2116

03090423308

PIQ-0721

9C2JB0100GR022167

PAS/MOTOCICLO/MENINHA

GRASOLINA

HONDA/POP 1101

2015 2016

02P/0109CC

PARTIC

PREFEA

1

PLUG 1PVA

PARCELAMENTO/OTRAS

2º 3º

PAGO

A

00000000

PAGO

SEGURO

PAGO

PBT: 000.24

ALIANÇA FIDUCIARIA

ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA

FRANCINOPOLIS

24/02/2016

SECRETARIA DE ESTADO DO PIAUÍ

PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS-PERSSOAS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTIVO SEU INTERESSE, OU POR SUA CARGA, PESSOAS
TRANSFERRIDAS OU RAO/SEGURO DPVAT

PI Nº 011547936228

BILHETE DE SEGURO DPVAT

03090423308

PIQ-0721

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 922 1204

2016

24/02/2016

1

03090423308

2016

PIQ-0721

01076886512

HONDA/POP 1101

2015

9C2JB0100GR022167

2015

9C2JB0100GR022167

PRÊMIO TÁXIFARIO

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

000,00

SEGURADORA LIBER - DPVAT

CHUV 08.348.006 0601-04

www.seguradoraliber.com.br

450-2014

DESTINATÁRIO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

ENDEREÇO: RUA SENADOR DANTAS, Nº 74, 15ª ANDAR

CENTRO - RIO DE JANEIRO - RJ - CEP DE Nº 20031-205

Correios REGISTRADO URGENTE
registered priority

RECEBIDO (kg)
weight

Recebido AR MP

Assinatura Doc.

10010

JU 50473017 6 BR



95.03.20

REMETENTE

IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE

(SIQUEIRA E FREIRE ADVOGADOS).

REFERENTE AO ACIDENTE DE WELLYSSON RYAN GOMES DA SILVA

ENDEREÇO: AVENIDA CRUZ DAS ARMAS, 2528, SALA Nº 04-TERREO.

CRUZ DAS ARMAS- JOÃO PESSOA-PB- CEP DE Nº 58087-000



PROCURAÇÃO E DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante infra qualificado confere aos mandatários, também qualificados, os poderes abaixo transcritos:

OUTORGANTE: Willysson Ruyon Gomes da Silva

Nacionalidade: João Pessoa **Estado civil:** Solteiro **profissão:**

CPF nº 123.347.264-00 **RG de nº**

Endereço: Quilombo Raciolândia, Muroa

CEP: 58.306-370

Não Possui endereço Eletrônico, Nº do PIS/NIT:

OUTORGADOS: Joacil Freire da Silva Júnior, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB nº. 22.711, Izabela Roque de Siqueira Freitas e Freire, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB nº. 21.953, Mirtes Rodrigues de Lucena, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB nº. 22.000 e Cíntia Beatriz Roque de Siqueira Freitas, bacharel em Direito, portadora do CPF sob o nº087.761.154-88, ambos com escritório profissional na Av. Cruz das Armas, nº2528, sala nº04, Cruz das Armas, João Pessoa/PB, CEP nº 58087-000, Endereço eletrônico: sofadvogados@gmail.com, telefone: (83) 98719-3539/98758-7091.

PARA O FIM ESPECIAL DE: Ingressar com ação judicial e/ou medida extrajudicial.

DOS PODERES: confere poderes para praticarem todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, podendo perante qualquer Vara, Tribunal ou Instância repartições públicas federais, estaduais e municipais, entidades autárquicas e paraestatais, pessoas físicas e jurídicas, de direito privado ou público, podendo ainda os outorgados nesta cidade ou onde se apresentarem-se com esta, fazerem carga de processos, defenderem os meus interesses e direitos perante qualquer juízo ou administração, em qualquer pleito iniciado ou por se iniciar, em que for autor ou réu, oponente ou assistente, proporem, requerimentos e ações contra quem de direito, requererem benefícios, variarem, renovarem, transigirem, fazerem acordos, receberem e darem quitação, confessarem, prestarem declarações, interporerem todos os recursos legais para qualquer tribunal ou instância, desistirem e assinarem desistências de ações, prestarem compromissos, levantarem alvarás, receberem citação e intimação. Finalmente, por lei, conferimos, ainda, aos outorgados, os poderes, por mais especiais que sejam, podendo renunciar aos valores que ultrapassaram o teto delimitador da competência dos JEFs, ao tempo do ajuizamento da ação, para defenderem a execução deste mandato, inclusive aqueles que dependam de delegação especial e que não estejam, aqui, expressamente, mencionados, dando tudo por bom, firme e valioso, podendo substabelecerem o presente mandato com ou sem reserva de poderes, tudo limitado ao fim especial constante do cabeçalho.

DA HIPOSSUFICIÊNCIA: Declara ainda o(a) outorgante(s), nos termos da Lei nº7.115, de 29/08/1989 e ainda, com a finalidade de obter a gratuidade da justiça (Lei de nº1.060, de 05/02/1950, que não possui condições econômico-financeiras de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do sustento próprio e/ou da família, estando ciente de que, se falsa for esta declaração, incorrerá nas penas do crime do art. 299 do CPB (falsidade ideológica).

DO CONTRATO DE HONORÁRIOS: Ressalta-se que declara o(a) outorgante(s), esta ciente e ainda se compromete a efetuar o pagamento aos outorgados, no percentual de 30% (vinte por cento), a título de honorários advocatícios, de tudo o que vier a receber com o êxito processual, mediante acordo ou resolução extrajudicial, que ocorra a partir da data de assinatura desta procuração, em favor dos advogados supracitados, daquilo que for condenado/acordado, servindo este instrumento como prova de contratação.

João Pessoa/PB, 13-08-2018

Willysson Ruyon Gomes da Silva
OUTORGANTE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190637381 **Cidade:** Francinópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALCENOR JOSE DA CRUZ **Data do acidente:** 04/08/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de tornozelo esquerdo

Descrição do exame físico: Paciente apresenta déficits de movimentos em Tornozelo esquerdo. Apresenta déficits de flexão dorsal (realiza 0-25), flexão plantar (realiza 0-20), abdução (realiza 0-15) e adução (realiza 0-15) de tornozelo esquerdo. Dor à mobilização e déficit de força grau 3. Edema (2+/3+).

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico. Desenvolveu artrose. Realizou fisioterapia. Refere alta médica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 04/02/2020

Conduta mantida: Sim

Observações: Nota do revisor: "PI" pago anteriormente (Líder): 12,5%. Conduta mantida. Procedida avaliação médica na cidade de Picos.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190637381

Cidade: Francinópolis

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ALCENOR JOSE DA CRUZ

Data do acidente: 04/08/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de tornozelo esquerdo

Descrição do exame físico: Paciente apresenta déficits de movimentos em Tornozelo esquerdo. Apresenta déficits de flexão dorsal (realiza 0-25), flexão plantar (realiza 0-20), abdução (realiza 0-15) e adução (realiza 0-15) de tornozelo esquerdo. Dor à mobilização e déficit de força grau 3. Edema (2+/3+).

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico. Desenvolveu artrose. Realizou fisioterapia. Refere alta médica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 04/02/2020

Conduta mantida: Sim

Observações: Nota do revisor: "PI" pago anteriormente (Líder): 12,5%. Conduta mantida. Procedida avaliação médica na cidade de Picos.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190637381 **Cidade:** Francinópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALCENOR JOSE DA CRUZ **Data do acidente:** 04/08/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

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

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PG 12 - CIRURGIA
PG 14 - IMAGEM

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190637381 **Cidade:** Francinópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALCENOR JOSE DA CRUZ **Data do acidente:** 04/08/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

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

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SINISTRO COM PAGAMENTO EM GRAU MODERADO PARA O TORNOZELO ESQUERDO.
@PG 1 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190637381 **Cidade:** Francinópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALCENOR JOSE DA CRUZ **Data do acidente:** 04/08/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

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

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PG 12 - CIRURGIA
PG 14 - IMAGEM

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190637381 **Cidade:** Francinópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALCENOR JOSE DA CRUZ **Data do acidente:** 04/08/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

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

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SINISTRO COM PAGAMENTO EM GRAU MODERADO PARA O TORNOZELO ESQUERDO.
@PG 1 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Outorgante/vítima não alfabetizado)

OUTORGANTE/VÍTIMA: ALCENOR JOSE DA CRUZ, nacionalidade BRASILEIRO, estado civil SOLTEIRO, profissão APRESENTADO, portador(a) do RG nº 2.417.408, Expedido por SSP, PE e do CPF nº 030.110373-96, residente e domiciliado na Av. A. A. M. B. BEZERRA nº 516, bairro URBANO, CEP 64.520-000, cidade/estado FRANCINÓPOLIS-PE, que foi vítima de acidente/sinistro ocorrido em 1/1, POR ESTAR IMPOSSIBILITADO DE ASSINAR ESTA PROCURAÇÃO PARTICULAR POR NÃO SER ALFABETIZADO e, REGISTRADO A MARCA DIGITAL DE SEU POLEGAR DIREITO, ASSINANDO A ROGO dele(a) FRANCISCO DE SOUSA MIRANDA, nacionalidade BRASILEIRO, estado civil CASADO, profissão AUXILIAR, portador do RG nº 926.894, bairro ZONA RURAL, CEP 64.520-000, cidade/estado FRANCINÓPOLIS-PE.

NOMEIAM E CONSTITUEM COMO OUTORGADO E BASTANTE PROCURADOR PARTICULAR:

NOME, pessoa física/jurídica, inscrita no CPF/CNPJ nº 049.394.433-53, nome fantasia ADRIANA, neste representada por ADRIANA CARLA DE S. SILVA, pessoa física, portador do CPF nº 049.394.433-53 com endereço comercial na Av. 13 de Maio nº 125, bairro SENTEÇO, cidade/estado FRANCINÓPOLIS-PE, CEP 64.325-000, telefone 81 3325-000, CONFERINDO-LHE OS SEGUINTES PODERES:

- Ingressar com pedido, interpor recursos administrativos e legais cabíveis, convir e reconhecer a procedência do pedido, preencher e assinar em nome do(a) Outorgante/vítima quaisquer formulários obrigatórios exigidos pelas Seguradoras, desde que os dados do beneficiário sejam únicos e exclusivamente do(a) Outorgante/vítima, fazer acordos, desistir, receber informações, solicitar agendamento ou reagendamento de perícias médicas, acompanhar a realização de perícias médicas, contestar pareceres e solicitações de documentos, solicitar rescisão do pedido, especialmente junto à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A ou junto a qualquer outra Seguradora, tudo com o fim especial de recuperar a indenização devida do Seguro DPVAT e/ou de Seguro de Vida do(a) Outorgante/vítima, nas modalidades de cobertura por Morte e/ou Invalidez Permanente Total ou Parcial e/ou Despesas Médicas Hospitalares, bem como ainda Seguros de Vida, Seguros de Responsabilidade Civil Facultativa e quaisquer outras coberturas contratadas e de direito do(a) Outorgante/vítima.

- Solicitar e receber cópias de documentos e informações, tais como Boletim de Ocorrência, Termos de Declarações, Prontuários, junto à Polícia Civil, Polícia Militar Rodoviária Federal e/ou Estadual, Polícia Militar e junto à Hospitais Públicas ou Privadas e/ou quaisquer Serviços de Saúde, onde o(a) Outorgante/vítima tenha documentos relacionados ao seu acidente/sinistro;

- Representar o(a) Outorgante, se for o caso, junto à qualquer agência do INSS, e junto a qualquer órgão público, para fins de protocolo de qualquer requerimento, pedidos de agendamento de perícias, pedidos de recursos e quaisquer outros pedidos administrativos com fim especial de obter eventuais benefícios previdenciários e assistenciais a que o(a) Outorgante/vítima tenha direito em decorrência de seu acidente/sinistro.

Local e data: Francinópolis - PE, 24.10.2019



Francisco de Sousa Miranda

Nome de quem vai assinar a rogo
(firma reconhecida por autenticidade/verdadeira)



Testemunha 1

Assinatura: [assinatura]

Nome: João Sandoval Palhares da Silva

CPF: 771.688.873-00

Testemunha 2

Assinatura: [assinatura]

Nome: Carlos Adriano de Sousa Silva

CPF: 504.034.003-68



RECONHECER A ASSINATURA POR AUTENTICIDADE TANTO DE QUEM ESTA ASSINANDO A ROGO PELO OUTORGANTE NÃO ALFABETIZADO, QUANTO DE QUEM ASSINA COMO TESTEMUNHAS.

COMARCA DE FRANCINÓPOLIS - PI.
CARTÓRIO ÚNICO

Reconheço verdadeira a firma Esboço de Sousa Silva
reverso

Em testº da verdade [assinatura] Dou fé
Francinópolis (PI) 24 / 10 / 20 19

Escrivão Judicial
CARTÓRIO ÚNICO DE FRANCINÓPOLIS-PI.
Ireno Luciano Rodrigues
Escrivente Designado
Matrícula: 4149823

Cartório 1º Ofício de Elesbão Veiros

Reconheço a Firma Esboço de Sousa Silva

() Semelhança

(x) Autenticidade

Em: 30.10.2019

João Batista Nunes de Sousa
Tabelião Público

UNIDAL DO OFÍCIO ÚNICO DE
R. Francisco Leite Pereira



Geanne Gleyse Vieira Santos
Escrivente Autorizada

UNIDAL DO OFÍCIO ÚNICO DE
R. Francisco Leite Pereira
Nº 25, Centro



Cartório 1º Ofício de Elesbão Veiros

Reconheço a Firma Esboço de Sousa Silva

() Semelhança

(x) Autenticidade

Em: 30.10.2019

João Batista Nunes de Sousa
Tabelião Público

Geanne Gleyse Vieira Santos
Escrivente Autorizada

PROCURAÇÃO E DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante infra qualificado confere aos mandatários, também qualificados, os poderes abaixo transcritos:

OUTORGANTE: Wellysson Ruyon Gomes da Silva

Nacionalidade: João Pessoa **Estado civil:** Solteiro **profissão:**

CPF nº: 123.347.264-00 **RG de nº**

Endereço: Quilombo Rodrigues, Muroa

CEP: 58.306.370

Não Possui endereço Eletrônico, Nº do PIS/NIT:

OUTORGADOS: Joacil Freire da Silva Júnior, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB nº. 22.711, Isabela Roque de Siqueira Freitas e Freire, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB nº. 21.953, Mirtes Rodrigues de Lucena, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB nº. 22.000 e Cintia Beatriz Roque de Siqueira Freitas, bacharela em Direito, portadora do CPF sob o nº087.761.154-88, ambos com escritório profissional na Av. Cruz das Armas, nº2528, sala nº04, Cruz das Armas, João Pessoa/PB, CEP nº 58087-000, Endereço eletrônico: sefadvogados@gmail.com, telefone: (83) 98719-3539/98758-7091.

PARA O FIM ESPECIAL DE: Ingressar com ação judicial e/ou medida extrajudicial.

DOS PODERES: confere poderes para praticarem todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, podendo perante qualquer Vara, Tribunal ou Instancia repartições públicas federais, estaduais e municipais, entidades autárquicas e paraestatais, pessoas físicas e jurídicas, de direito privado ou publico, podendo ainda os outorgados nesta cidade ou onde se apresentarem-se com esta, fazerem carga de processos, defenderem os meus interesses e direitos perante qualquer juízo ou administração, em qualquer pleito iniciado ou por se iniciar, em que for autor ou réu, oponente ou assistente, proporem, requerimentos e ações contra quem de direito, requererem benefícios, variarem, renovarem, transigirem, fazerem acordos, receberem e darem quitação, confessarem, prestarem declarações, interporerem todos os recursos legais para qualquer tribunal ou instância, desistirem e assinarem desistências de ações, prestarem compromissos, levantarem alvarás, receberem citação e intimação. Finalmente, por lei, conferimos, ainda, aos outorgados, os poderes, por mais especiais que sejam, podendo renunciar aos valores que ultrapassaram o teto delimitador da competência dos JEFs, ao tempo do ajuizamento da ação, para defenderem a execução deste mandato, inclusive aqueles que dependam de delegação especial e que não estejam, aqui, expressamente, mencionados, dando tudo por bom, firme e valioso, podendo substabelecerem o presente mandato com ou sem reserva de poderes, tudo limitado ao fim especial constante do cabeçalho.

DA HIPOSSUFICIÊNCIA: Declara ainda o(a) outorgante(s), nos termos da Lei nº7.115, de 29/08/1989 e ainda, com a finalidade de obter a gratuidade da justiça (Lei de nº1.060, de 05/02/1950, que não possui condições econômico-financeiras de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do sustento próprio e/ou da família, estando ciente de que, se falsa for esta declaração, incorrerá nas penas do crime do art. 299 do CPB(falsidade ideológica).

DO CONTRATO DE HONORARIOS: Ressalta-se que declara o(a) outorgante(s), esta ciente e ainda se compromete a efetuar o pagamento aos outorgados, no percentual de 30% (vinte por cento), a título de honorários advocatícios, de tudo o que vier a receber com o êxito processual, mediante acordo ou resolução extrajudicial, que ocorra a partir da data de assinatura desta procuração, em favor dos advogados supracitados, daquilo que for condenado/acordado, servindo este instrumento como prova de contratação.

João Pessoa/PB, 13-08-2018

Wellysson Ruyon Gomes da Silva
OUTORGANTE

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0399342/19

Número do Sinistro: 3190637381

Vítima: ALCENOR JOSE DA CRUZ

CPF: 030.110.373-96

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 04/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALCENOR JOSE DA CRUZ

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/01/2020
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2020
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0399342/19

Vítima: ALCENOR JOSE DA CRUZ

CPF: 030.110.373-96

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 04/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALCENOR JOSE DA CRUZ

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA : 849.394.433-53

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

ALCENOR JOSE DA CRUZ : 030.110.373-96

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/11/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0117319/20

Vítima: WELLYSSON RYAN GOMES DA SILVA

CPF: 123.347.264-00

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 01/07/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WELLYSSON RYAN GOMES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE : 081.593.634-60

Documentos de identificação
Procuração

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/04/2020
Nome: IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE
CPF: 081.593.634-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/04/2020
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE

Paulo Victor Soares Sant'Ana

Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190637381

Vítima: ALCENOR JOSE DA CRUZ

Data do Acidente: 04/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALCENOR JOSE DA CRUZ

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190637381

Vítima: ALCENOR JOSE DA CRUZ

Data do Acidente: 04/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALCENOR JOSE DA CRUZ

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: ALCENOR JOSE DA CRUZ

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000005797-5

Conta: 000000674013-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190637381

Vítima: ALCENOR JOSE DA CRUZ

Data do Acidente: 04/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ALCENOR JOSE DA CRUZ

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190637381

Vítima: ALCENOR JOSE DA CRUZ

Data do Acidente: 04/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALCENOR JOSE DA CRUZ

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 04/02/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200150734

Vítima: WELLYSSON RYAN GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 01/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WELLYSSON RYAN GOMES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200150734

Vítima: WELLYSSON RYAN GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 01/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), WELLYSSON RYAN GOMES DA SILVA

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

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a identificação completa e correta da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está incorreto.
Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue.
Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.
Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15713770



**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.

Número do Sinistro: **3190637381**

Nome do(a) Examinado(a): **ALCENOR JOSE DA CRUZ**

Endereço do(a) Examinado(a):

AV ANTONIO BEZERRA, 516 - URBANO - Francinópolis - PI - CEP 64520-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**Ssp /PI**] **2419408**

Data e local do acidente: [**04/08/2019**] **Francinópolis - Piauí**

Data e local do exame: [**04/02/2020**] **Picos** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura de tornozelo esquerdo

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Paciente apresenta déficits de movimentos em Tornozelo esquerdo.

III. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Submetido a tratamento cirúrgico. Desenvolveu artrose. Realizou fisioterapia. Refere alta médica.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Apresenta déficits de flexão dorsal (realiza 0-15), flexão plantar (realiza 0-20), abdução (realiza 0-15) e adução (realiza 0-15) de tornozelo esquerdo. Dor à mobilização e déficit de força grau 3. Edema (2+/3+).

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo 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)

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

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo esquerdo

% 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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Luanna Moura Moreira - CRM: 4718 - PI

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASE: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

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

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (342) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Agência: Conta:

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

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

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

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

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso dissorto do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

35 - Nome legível de quem assina a roga/o pedido: 36 - CPF legível de quem assina a roga/o pedido: 37 - (*) Assinatura de quem assina a roga/o pedido: 38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha: 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 231803.000061/2019-62

Unidade de Registro: DP DE ELESBÃO VELOSO

Resp. pelo Registro: Aécio Antonio Coimbra De Castro

Data/Hora: 03/10/2019 - 11:20

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE FRANCINÓPOLIS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

FRANCINÓPOLIS

Endereço

ZONA URBANA DE FRANCINÓPOLIS, Nº:

Complemento

CHAPADA DO BREJO

Data/Hora

04/08/2019 - 18:30

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ALCENOR JOSÉ DA CRUZ

RG: 2419408 SSP PI

Mãe: MARIA JOSINA DA SILVA

Pai: SEBASTIÃO JOSÉ DA CRUZ

Endereço: RUA LOURIVAL MOREIRA, Nº S/N

Bairro: PREJUDICADO

Cidade: FRANCINÓPOLIS

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA POP110I

Ano: Placa: Chassi:

2016 PIQ0721

Renavam: Cor:

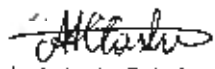
01076886512 Preta

Condutor: ALCENOR JOSÉ DA CRUZ

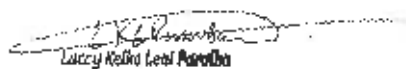
Cidade: FRANCINÓPOLIS UF: PI Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

No início da noite de 04 de agosto de 2019, o noticiante acabara de subir em sua moto, acima qualificada, na intenção de sair quando foi surpreendido por um outro motociclista que havia perdido o controle do veículo, saiu da pista e veio a colidir justamente com o noticiante, que caiu no chão e desmaiou. O noticiante foi levado, a princípio para a Unidade Mista de Saúde Pedro Lopes, em Francinópolis, para os primeiros socorros. Ele ainda esperou sair a regulação para ser transferido no dia seguinte (05/08/2019) para o Hospital Regional Justino Luz, em Picos-PI, onde foi internado para a realização de exames de Raio-X e procedimentos cirúrgicos em sua perna esquerda. Era o que tinha a informar.


Aécio Antonio Coimbra De Castro - Mat.
AGENTE DE POL.


ALCENOR JOSÉ DA CRUZ - Noticiante
Responsável pela Informação


Lúcio Nélson Leal Pinheiro
Delegado Geral de Polícia Civil-PI
Mat.: 136.331-7



Requisição de exame nº */2018**

Exame requisitado: TRAUMATOLÓGICO - DPVAT

Autoridade requisitante: Alberto Jorge Diniz e Silva

Remeter o laudo para Delegacia DISTRITAL DA CIDADE DE BAYEUX -PB

Cópia da Certidão de Registro de Ocorrência : 01654.01.2018.1.00.420

senhor Gerente,

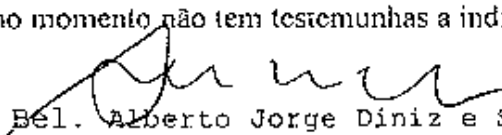
Solicito de Vossa Senhoria que seja submetida a exame traumatológico a pessoa abaixo mencionada:

NOME: Wellysson Ryan Gomes da Silva, CPF nº 123.347.264-00, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Barbeiro, filho(a) de Rosinalva Gomes da Silva e Edson Pereira da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 18/10/1995 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Av São Sebastião, bairro Centro, tendo como ponto de referência Brascorda, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98668-7734.

Dados do(s) Fatos: Local: Av.brasil. Panificadora, Bayeux/PB, bairro Sesi; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/07/17 19:55h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

Histórico

QUE, o notificante trafegava no veículo tipo motocicleta, marca e modelo: Honda NXR 150 BROS de cor vermelha, placa: OFF 2867/PB, chassi nº NC2KD0560CR511216, registrado em nome de Fabiano Fagne da Silva, CPF nº 058.412.294-27; QUE segundo o notificante seguia normalmente em sua mão quando um veículo BMW de cor branca não respeitando a placa "PARE" passou direto e colidiu com o notificante; QUE segundo o notificante o responsável pelo acidente ficou no local até a chegada do SAMU; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº -1699/2018, EXPEDIDO PELA DRª SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 20.11.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar


Bel. Alberto Jorge Diniz e Silva

Delegado de Polícia Civil

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital

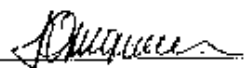


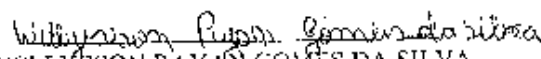
**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 29 de agosto de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


WELLYSSON RAYAN GOMES DA SILVA
Noticiante



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01654.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01654.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:22 horas do dia 29 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu Wellysson Rayan Gomes da Silva, CPF nº 123.347.264-00, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Barbeiro, filho(a) de Rosinalva Gomes da Silva e Edson Pereira da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 18/10/1995 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Av São Sebastião, bairro Centro, tendo como ponto de referência Brascorda, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98668-7734.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Brasil, Panificadora, Bayeux/PB, bairro Sesi; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/07/17 19:55h, Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, o notificante trafegava no veículo tipo motocicleta, marca e modelo: Honda NXR 150 BROS de cor vermelha, placa: OFF 2867/PB, chassi nº NC2KD0560CR511216, registrado em nome de Fabiano Fagne da Silva, CPF nº 058.412.294-27; QUE segundo o notificante seguia normalmente em sua mão quando um veículo BMW de cor branca não respeitand o a placa "PARE" passou direto e colidiu com o notificante; QUE segundo o notificante o responsável pelo acidente ficou no local até a chegada do SAMU; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº -1699/2018, EXPEDIDO PELA DRª SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 20.11.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

ADENDO(S):

Que na data 29/08/2018, à(s) 11:41 horas, na Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: NOME DO NOTIFICANTE WELLYSSON RYAN GOMES DA SILVA. Adendo registrado por: José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula: 1372611.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASE: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (342)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Bradesco

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso dissorto do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIVIL) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (pai/nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

35 - Nome legível de quem assina a roga/o pedido: 36 - CPF legível de quem assina a roga/o pedido: 37 - (*) Assinatura de quem assina a roga/o pedido: 38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha: 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALCENOR JOSE DA CRUZ

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05797-5

CONTA: 000000674013-8

Nr. Autenticação

BRDESCO2511201905000000000023705797000000674013168750 PAGO

cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.846.740/0001-60; Tel. 3201.383-3
Ata Fiscal / Conta de Energia ENEC02 - Série 0-1
Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAZ/PI/96

Este contêiner
é usado para
armazenar
o seu número

SEU CÓDIGO

0351844-2

Nº da Ata Fiscal 021444973

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 24 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2019	15/05/2019	83	48,79

ALDEVAN MELO DA CRUZ
AV. ANTONIO BEZERRA 516 S/C B-URBANO
CPF: 00092261876300
CEP: 64.520-000 - FRANCINÓPOLIS

ROT: 27.691.07.35.061700

DADOS DA LEITURA	DATA	VALOR	DATA
Atual:	5499		08/05/2019
Anterior:	5416		08/04/2019
Constante de Multifuncção:			Próxima Leitura: 07/06/2019
Consumo Medido:	83		Emprego: 07/05/2019
Consumo Faturado:	83	FCAN	Apresentação: 08/05/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de irregularidade:	Dias de Consumo: 29

Grupo/Subgrupo	Unidade	Número Medidor	Posto	Código Tar.	Média T3 meses
RESID. B. URBANO	RESID.	5499		1.4.1.1	91

DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo	CONSUMO
ABR/19 85	30 A R\$ 0,287903 = 24,47
MAR/19 94	53 A R\$ 0,493547 = 26,16
FEV/19 90	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)
JAN/19 61	DIFERENÇA DE TARIFA
DEZ/18 96	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA
NOV/18 92	CORREÇÃO MONETARIA IG 03/19-00
OUT/18 95	MULTA POR ATRASO 03/19-00
SET/18 102	JUROS POR ATRASO 03/19-00
AGO/18 101	ADICIONAL RANÇEIRA ABRIL-18
JUL/18 86	
TREFF- 03/19-00	
03/19-00	
03/19-00	

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 20/05/2019, caso não pagamento por data vencer também e inclusão do nome do consumidor no SENSAR. Caso não for efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12607/09)
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVAÇÃO AO FISCO 614F.88AA.9783.FEEE.52F6.9984.5987.D646

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		INDICADORES DE CONTINUIDADE - R\$	
Distribuição:	14,36	Base de Cálculo:	68,27
Energia:	27,72	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	4,69	Valor do ICMS:	15,01
Encargos:	2,29	Valor do PIS:	0,75
Tributos:	19,21	Valor do COFINS:	3,41

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DCE		FIC		BANC		OCEN
	Mês	Trimestral	Anual	Mês	Trimestral	Anual	Mês
Limite	7,27	14,53	29,06	3,68	7,35	14,70	4,14
Atualizado	0,00			0,00			0,00
Categoria	NOVO ORIENTE						15,98