

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro 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 COAF**.

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

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

do exposto, eu Adriana Paula de Sousa Silva inscrito (a) no CPF 849.394.433 53  
a qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João José de Moura  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 948.666.273 / 87 do sinistro de DPVAT cobertura Incêndio  
João José de Moura inscrito (a) no CPF sob o Nº 948.666.273 / 87  
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 informado, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Consciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: Rua Sete de Setembro Número 244 Complemento: Centro  
Centro Cidade Esplanada Velosa Estado Piauí CEP 64.325.000  
E-mail: carladriana.sousa@gmail.com Telefone comercial(DDD): (86) 93402 2764 Telefone celular (DDD): (86) 3381 6008

Esplanada Velosa, 28 de Agosto de 2018  
Local e Data

Adriana Paula de Sousa Silva  
Assinatura do Declarante

RECIBO DE RECEBIMENTO  
29 AGO 2018  
DPVAT

ORIGINAL

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JARDEL DE SOUSA MOURA,  
RG nº 280.5660 SSP PI data de expedição 24/02/2008  
Órgão SSP PI, portador do CPF nº 036.186.623-27 com  
domicílio na cidade de ELESBAO VELOSO, no Estado de  
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA - SÃO PAULO - MATIAS, nº 138,  
complemento Matias, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima JOÃO JOSÉ DE MOURA, cujo o condutor era  
JOÃO JOSÉ DE MOURA.

Veículo: MOTOCICLETA  
Modelo: HONDA / CG 125 TITAN  
Ano: 1999  
Placa: P3J - 0588  
Chassi: 9C2JC2500VR049175  
Data do Acidente: 18-05-2018  
Local e Data: ELESBAO VELOSO (PI) 10-07-2018

Jardel de Sousa Moura  
Assinatura do Declarante

João José de Moura

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

ORIGINAL

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

29 AGO 2018

DPVAT

1º Ofício de Notas, Registro de Imóvel, Títulos e Documentos, Pessoa Jurídica  
Rua Francisco Leite Pereira, N 25, Centro - Eleusão Veloso - PI - CEP 64325-000  
e-mail: elesbaofoliciod@gmail.com

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE - AS FIRMAS DE: JARDEL DE SOUSA MOURA e JOÃO JOSÉ DE MOURA, DOU FE, EM  
TESTILHADA VERDADE, ELESBAO VELOSO-PI, 10/07/2018.  
Empl. 11,48 Selo: 1,42 Total: 12,90 Selo: ABF.47375  
ABF.47376 (Folha 11)

IGOR FELIPE DE MOURA MARTINS - TABELÃO SUBSTITUTO

Igor Felipe de Moura Martins  
Tabelião Substituto



GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA (HENM)

Avenida Benício Alves da Silva, 5771 Centro  
Fone/Fax: (88) 3285-1133 Cep.: 64.325-000 - Elezbão Veloso-PI  
CNPJ.: 06.653.564/0012-90 E-MAIL: hospitalnorbertomoura@henm.com

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PRONTO SOCORRO

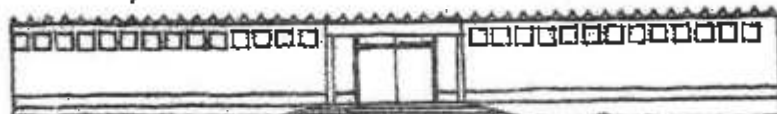
Senha: 10 25657

Aut: 228841810

NOME DO PACIENTE: <i>João José de Moura</i>		IDADE: <i>54</i>
ENDEREÇO: <i>Rua São Paulo</i>	CIDADE: <i>E. Veloso</i>	UF: <i>PE</i>
CPF:	RG: <i>851.867</i>	
NOME DO PAI: <i>Francisco José de Moura</i>		
NOME DA MÃE: <i>Creusa Alves da Conceição Moura</i>		
DADOS CLÍNICOS <i>Paciente relata ter sofrido acidente motorcístico e queixa de dor região proximal da perna direita Ao EF: Dor à palpação local, Glasgow 15; P/T: 150/90</i>		
DIAGNOSTICO <i>Acidente motorcístico CD Dileptoma - 5amp + AD, EV Dexametasona 4mg - 2.5ml + AD, EV ③ Solicito RX para dente ORX articulação Fratura proximal e espalho da tibia e Fíbula direita</i>		<p>PJ CORRETORA DE SEGUROS <i>29 AGO 2018</i></p> <p>DPVAT</p>
<p>CD: Solicito avaliação e conduta ortopédica</p> <p>DATA <i>18/05/18</i></p>	<p><i>Dr. Francisco Dantas</i> MÉDICO CRM-PI: 5994 ASS. CARIMBO DO MÉDICO</p>	

CONFERE COM O ORIGINAL  
*Rouanne A. Oniz*  
*19.06.18*

SUS: 705 2014 0466 1976



**HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA**  
ELESBÃO VELOSO • PIAUÍ



**DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**FICHA DE ENCAMINHAMENTO**

Sinha  
ID 26657

Aut: 228841810

DA UNIDADE <b>HENM</b>	PARA A UNIDADE <b>HUT</b>
PACIENTE <b>João José de Moura</b>	REGISTRO
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO  <b>Paciente 54 anos, vítima de acidente protocolar distico e relato dor em MID. Ao Rx Fratura fechada espiralada em tíbia e fíbula proximal direita. Solicito avaliação e conduta ortopédica.</b>	
DATA <b>18/05/18</b>	 <b>Dr. Francisco Dantas III</b> Médico CRM: 5994 Encaminhamento/Carimbo CPT 042

**FICHA DE RETORNO**

DA UNIDADE	PARA A UNIDADE	<b>PJ CORRETORA</b> <b>DE SEGUROS</b> <b>29 AGO 2018</b> <b>DPVAT</b>
DATA ____/____/____	 Médico responsável pelo encaminhamento/Carimbo	

**OBSERVAÇÃO:**

1. Este formulário deverá ser preenchido em duas vias.

Retornar uma via caso o paciente retorne à unidade de origem.

Alto



**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: João José de Moura  
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 476930

FJ CORRETORA  
DE SEGUROS

29 AGO 2018

DPVAT

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



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

-ORTOPEDIA

Emp: 18/05/2018 14:37:02

User: CLEBIANA  
(Estação: ACC801)

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

### DADOS DO PACIENTE:

Nome:	JOAO JOSE DE MOURA	Prontuário:	476930
Mãe:	GREUSA ALVES DA CONCEICAO MOURA	Pai:	
End. Resid.:	RUA SAO PAULO N138 - MARTIAS - ELENAO VELOSO - PI - CEP: 64325-000		
Nascimento:	18/02/1964	Idade:	54a:3m:0d
Responsável:	O MESMO	Sexo:	Masculino
Profissão:	LAVRAO	Fone:	8-69993-4581
G. Instrução:	Não informado	CNS:	705201404661976
End. Local:		Documento:	RG: 851867 - SSPI
		E. Civil:	Ignorado

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	665540	Data:	18/05/2018 14:26:35	Condução:	AMBULANCIA DO SAMU
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio:	S U S		
Acid. Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não
				CID Secundário:	V299

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
TRAUMA MAIOR	Dor moderada	CIRURGIAO GERAL	Amarelo
Breve História:			Profissional Clas. Risco:
ENCAMINHADO VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA EM 12.05.2018, RELATO DE QUEBRA DE MOTO, TRAUMA EM MÍDIA NERVA OUTRAS QUEIXAS. (SIC)			CLEBIANA MARQUES DOS SANTOS AYRES
NÃO FAZIA USO DE CARAPETA. (SIC)			COREN PI 138833
ECG-15			Em: 18/05/2018 14:37:01

### DADOS CLÍNICOS: (Hora: 14:40)

Paciente vítima de acidente de trânsito na cerca de 7 horas sem queixas, nega cefaleia, tontura e vômitos. Ao exame: (A) Vias aéreas permeáveis, sem obstrução; (B) MVB bilateral, tonsos simétricos, SCS: 98%; (C) RUP ST RR, pulso regular e cheio; PA 110/70 mmHg; Abdome inocente; Pênis e testículos normais; (D) Glóbulos 15; Pupila isocórica, fotorreagente; (E) Escoriação e face, coberto por curativo e pomada D.

PA 110 X 70 mmHg	Pulso: 82 bpm SCS: 98%	FC: 120	bpm	Tamp. 36,5	CID:
Diagnóstico Inicial:					

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- RX de Perna direita.

PJ CORRETORA DE SEGUROS

29 AGO 2018

RAIO-X REALIZADO

DATA 18/05/2018

Técnico: [Assinatura]

### MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: / /

HORA: :

Se Internação, indique o Procedimento e CID

Procedimento:

CID

Dr. Felipe Ayres  
Médico  
CRM - 24.774

Assinatura - Profissional Médico

maria de Sousa moura  
Assinatura Paciente ou Responsável

6000

DATE 1900  
JAN 11 1900

10

Orthopédica

Call for

for ~~the~~ best

233

22:10 - Oubun'k'as een por  
de fixas transacções  
de fustura de fustura D.  
infima de aceduta mudo -  
arbitrio, nepe oluon  
exuntor de alupias mudo -  
dumores por - *Exe. 1/10/10*  
*Col. 1/10/10*

[illegible]

2. SF 100% 1000 ml EV AC DIA

$$[\text{C}]/[\text{C}]_0 = \text{ACTIV} \cdot (1 - \text{AMF} \cdot \text{AD} \cdot \text{Z}/\text{S}/\text{B})$$

STATION 50 WISCONSIN - AD 618

ETHYLENE 1 AMP + 10 EV 8.34

FILED 2019 SEP 10 PM 2:49

1937-1938

0:49:16 - 0:49:27 AD EV COR

cc: A/C

Centro de Diagnóstico B. Souza  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CEP-MA 9537

LA CORRECTORA  
DE SEGUROS

29 AGO 2018

**SECRET**



**FMS****Fundação Municipal de Saúde****PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 28 / 05 / 18

NOME DO PACIENTE: <u>João José de Moura</u>	PRONTUÁRIO Nº: _____
DIAGNÓSTICO: _____	CIRURGIA: _____
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: <u>06</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Jamerson M. de L. Júnior</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>Renata Norival</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Wne Fernando</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Selene</u>	CPF Nº: _____

Dr. Jamerson M. de L. Júnior  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE 3878 / TEOT - 11004

Coordenador Geral

**MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI <u>24</u>	UNID.	<u>02</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>20</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>75</u>	PAR	<u>04</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>30</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>200</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>500</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>05</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>200</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>400</u>		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>04</u>		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	<u>02</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>300</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>01</u>	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO <u>700</u>	FRASCO	<u>03</u>	
GASES	PAC.	<u>06</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>Eletrodos</u>	und	<u>05</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Esclera</u>	und	<u>02</u>	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				<u>Crepom</u>	und	<u>02</u>	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>2x0</u>	und	<u>05</u>					
FITA UMBILICAL							
VICRYL <u>0</u>	und	<u>03</u>					
PROLENE							

Dr. Jamerson M. de L. Júnior  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE 3878 / TEOT - 11004

29 AGO 2018

**DPVAT**





## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

João José de Menezes

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

D. J. J. J.

Dr. J. J. J. J.  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM: 12345

1º Assistente

Leandro Azeiteiro

2º Assistente

Instrumentador(a)

Glenn

Anestesiologista

Dr. Fernando

Anestesia

Proprio

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Sutures, Drenagem, Fechamento)

- 1) Paciente em decúbito supino, agachado, com
- 2) antissepsia rigorosa. Colocação
- 3) de curativos. Ar
- 4) Incisão lateral e medial
- 5) com Cade
- 6) Sutura por plano
- 7) Medula e fíbula exposta
- 8) Sutura
- 9) Sutura
- 10) Sutura

29 AGO 2010

CD VAT

Dr. J. J. J. J.  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM: 12345

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 18, 05, 18

NOME DO PACIENTE: <u>João José de Moura</u>	PRONTUÁRIO Nº:
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA:	Nº DA SALA:
CIRURGIÃO: <u>Dr. Loureiro</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Claudiana</u>	CPF Nº:

**MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <u>8.0</u>	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	00	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO <u>0.9%</u>	FRASCO	06	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	—					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>João Nando</u>			
PROLENE							

# FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE \_\_\_\_\_

NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO	
DATA: 28/05/18	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLUCEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO					SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL					CORTICÓIDES	ATÁRAXICOS OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura de platô tibial					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO AS	EFEITOS
					TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 3					
LÍQUIDOS	SOLUTO 500 SANGUE 400 OUTROS 300 OUTROS 200 OUTROS 100					
TEMPERATURA T	38					
P. ARTERIAL V O PULSO	180 160 140 120 100 80 60 40 20 10					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS						
TÉCNICAS Sedação + Raqui						
OPERAÇÕES Correção de fratura						
CIRURGIÕES J. J. J.						
ANESTESISTAS Fernando						
PARTICULARIDADES						
		INCIDENTES - ACIDENTE				
		CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS				
		<p>Fernando Anes</p> <p>CRPPI 5807</p>				



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente JOÃO JOSÉ DE MOURA  
Diagnóstico pré-operatório FRAT. COMINUTIVA - DATO fixo (S)  
Operação - Tipo Fix. GIT. TRANSAMTICULAR  
Cirurgião \_\_\_\_\_ 1º Assistente \_\_\_\_\_  
2º Assistente \_\_\_\_\_ 3º Assistente \_\_\_\_\_  
Instrumentador(a) \_\_\_\_\_ Anestesista \_\_\_\_\_ Anestesia raqui + sedação  
Anestésico(a) \_\_\_\_\_  
Data da Operação 19/05/18 Início 15:30 Fim \_\_\_\_\_  
Diagnóstico Pós-operatório \_\_\_\_\_

ESOMA IMPORTANTE, SEM SINAIS DE

Relatório imediato do Patologista  
SÍNDROME COMPARTIMENTAR

Acidente Durante a Operação

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

- ① Paciente em AAT, sob anestesia.
- ② Anestesia + antispasmodicos com compressa em t -
- ③ Redução manual e fixação interna  
com articular
- ④ Anestesia
- ⑤ A.S.A.P.A

Dr. Kronato  
4468

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Olavo Dico 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **JOAO JOSE DE MOURA (Prontuário: 476930)**  
 Endereço: **RUA SAO PAULO N138 - MARTIAS - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000**  
 Nascimento: **18/02/1964** Idade: **54a4m15d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **214637**  
 Requisição: **839473** Solicitação: **19/05/2018** Solicitante: **FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO**  
 Controle: **1037812** Convênio: **S U S** CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 229 LÉITO 219

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 19/05/2018

**JOELHO DIREITO**

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

- Fratura cominutiva recente articular no platô tibial.
- Aumento de volume de partes moles.
- Tala gessada.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 05/07/2018

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

*Handwritten signature of Carlos Augusto Moura Fe*  
 CARLOS AUGUSTO MOURA FE  
 CONSELHO REGIONAL DE ODONTÓLOGOS DO PIAUÍ

NOME DO PACIENTE		19/05/18		EXAMES DE		SANGUE	
PULSO		RESPIRAÇÃO		TEMPERATURA		PESO	
ALTURA		GLICEMIA		DOS. URINA			

[illegible]

INCIDENTE - ACIDENTE		SÍMBOLOS	
DURAÇÃO	15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 120 130 140 150 160 170 180 190 200 210 220 230 240 250	RESPIRAÇÃO
			INÍCIO E FIM OPERAÇÃO
SEQUÊNCIA	15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 120 130 140 150 160 170 180 190 200 210 220 230 240 250	X ANESTESIA
			INÍCIO E FIM
			PULSO
			ARTERIAL
			TEMPERATURA
			LÍQUIDOS
			AGENTES ANESTÉSICOS

[illegible]

CONDICÕES POS-OPERATÓRIO  
IMEDIATAS  
Estável  
sem sinais de

ANESTESISTAS  
CIRURGIOS  
Dra. Elena del Blando  
Anestesiología  
6004-414355

11  
10  
9  
8  
7  
6  
5  
4  
3  
2  
1

1. 5. 10. 15. 20. 25. 30. 35. 40. 45. 50. 55. 60. 65. 70. 75. 80. 85. 90. 95. 100.

SEQUENCIA

1. 5. 10. 15. 20. 25. 30. 35. 40. 45. 50. 55. 60. 65. 70. 75. 80. 85. 90. 95. 100.

11  
10  
9  
8  
7  
6  
5  
4  
3  
2  
1

1. 5. 10. 15. 20. 25. 30. 35. 40. 45. 50. 55. 60. 65. 70. 75. 80. 85. 90. 95. 100.

SEQUENCIA

1. 5. 10. 15. 20. 25. 30. 35. 40. 45. 50. 55. 60. 65. 70. 75. 80. 85. 90. 95. 100.



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **JOAO JOSE DE MOURA** (Prontuário: 476930)  
 Endereço: RUA SAO PAULO N138 - MARTIAS - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000  
 Nascimento: 18/02/1964 Idade: 54a4m13d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 214637  
 Requisição: 839541 Solicitação: 19/05/2018 Solicitante: FERDINAND CARVALHO DE ALMENDRA FREITAS NETO  
 Controle: 1037906 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 229 LETTO 219

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 19/05/2018

**JOELHO DIREITO**

O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura cominutiva recente no plato tibial.
- Tala gessada.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 03/07/2018

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Carlos Augusto Moura Fe  
 Médico Ortopedista  
 CRM PI 1341





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO JOSE DE MOURA** (Prontuário: 476930)  
 Endereço: RUA SAO PAULO N138 - MARTIAS - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000  
 Nascimento: 18/02/1964 Idade: 54a4m9d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 215249  
 Requisição: 841961 Solicitação: 28/05/2018 Solicitante: JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR  
 Controle: 1041047 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 229 LEITO 219

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060125

Data Exame: 28/05/2018

### JOELHO DIREITO

O estudo radiológico do joelho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas recentes alinhadas proximais nos ossos da perna com presença de placas e parafusos metálicos na tibia.
- Aumento de volume de partes moles

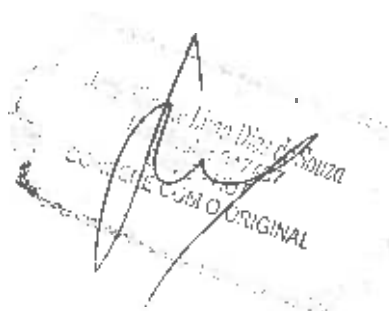
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/06/2018

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-32

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **JOAO JOSE DE MOURA** (Prontuário: 476930)  
Endereço: RUA SAO PAULO N138 - MARTIAS - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000  
Nascimento: 18/02/1964 Idade: 54a3m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665540  
Requisição: 839206 Solicitação: 18/05/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 1037470 Convênio S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204080168

Data Exame: 18/05/2018

**PERNA DIREITA**

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas completas recentes cominutiva no platô tibial e oblíqua na fibula proximal com desvio.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 12/06/2018

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

João Antonio Lima da Silva  
CRM PI 1341  
CPF: 133.903.173-68  
Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUIT**  
 Rua Dr. Otto Tito 1818 - Radeação - Fone: 33 3718 3441  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 32.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO JOSE DE MOURA** (Prontuário: 476939)  
 Endereço: RUA SAO PAULO 4133 - MARTIAS - ELESSAO VELOSO - PI CEP: 64325-000  
 Nascimento: 18/02/1964 IDADE: 54 ANOS Sexo: MASCULINO Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 215249  
 Regulação: 641961 Solicitação: 28/05/2018 Solicitante: JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR  
 Controle: 1041047 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 228 LEITO 213

### RELATÓRIO:

Cod. SIÁ: 9204660125

Data Exame: 29/05/2018


### JOELHO DIREITO

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

- Fraturas recentes alinhadas proximais nos ossos da perna com presença de placas e parafusos metálicos na tíbia.
- Aumento de volume da partes moles.

LIQAO ANTONIO;

TERESINA - PI 27/06/2018

  
**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**  
 CPF: 133.903.173-58 CRM PI 1341  
 Profissional Responsável

*Handwritten notes and stamps:*  
 AL  
 2018/05/29  
 13h 15min  
 13h 15min  
 13h 15min



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otto Tito 1620 - Sedeção - Fone: 33 3213 2445  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **JORJO JOSE DE MOURA** (Frontônio: 478830)  
 Endereço: RUA SAO PAULO N138 - MARTIAS - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000  
 Nascimento: 16/02/1964 Idade: 54a3m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 855540  
 Redução: 839205 Solicitação: 18/05/2018 Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA  
 Controle: 1037470 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060158

Data Exame: 18/05/2018

### PERNA DIREITA

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
 Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas completas recentes consecutiva no platô tibial e oblíqua na fíbula proximal com desvio.
- Aumento de volume de partes moles.

JOAO ANTONIO;

TERESINA - PI 12/06/2018

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

João Carlos Moura  
 12/06/2018  
 AL



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tello 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA PI CEP: 64017-770 CNPJ: 35.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOAO JOSE DE MOURA** (Prontuário: 476930)

Endereço: RUA SAO PAULO N138 - MARTIAS - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000

Nascimento: 18/02/1964 Idade: 54a4m9d Sexo: Masculino Origem: INTERNACÃO Atendimento: 215249

Requisição: 841961 Solicitação: 28/05/2018 Solicitante: JAMERSON MOREIRA DE LEMOS JUNIOR

Controle: 1041047 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 229 LEITO 219

### RELATÓRIO:

Cod- SIA: 0204060125

Data Exame: 28/05/2018

### JOELHO DIREITO

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

- Fraturas recentes alinhadas proximais nos ossos da perna com presença de placas e parafusos metálicos na tíbia.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/06/2018

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPR: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

*João Antonio*  
*28/05/2018*  
*10h47*



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua W. Otto Tello 1820 Redenção - Fone: 96 3216 5445

TERESINA PI CEP: 64017-770 CNPJ: 06.532.517/0022-02

**LAUDO MÉDICO**Paciente: **JOAO JOSE DE MOURA (Prontuário: 476930)**Endereço: **RUA SAO PAULO N:38 - MARTIAS - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000**Nascimento: **18/02/1964** Idade: **54a3m22d**Sexo: **Masculino**Origem: **URGÊNCIA/EMERG**Atendimento: **665540**Requisição: **839206**Solicitação: **18/05/2018**Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**Controle: **1037470**Convênio: **S U S****RELATÓRIO:**Cod. SIA: **0204060168**Data Exame: **18/05/2018****PERNA DIREITA**

O estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas completas recentes cominutiva no platô tibial e oblíqua na fíbula proximal com desvio.
- Aumento de volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 12/06/2018

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Imagem  
CC  
18/05/2018 09:20





**CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO**  
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040  
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

**Unidade:** CIS Lineu Araújo  
**Nome:** JOAO JOSE DE MOURA  
**Data do exame:** 11/06/2018

**Id Paciente:** 389558  
**Data do laudo:** 18-06-2018

**Raio X de Joelho Direito**

Controle pós-cirúrgico de osteossíntese da tíbia proximal com placa e parafusos metálicos de fixação.

Fratura diafisária proximal da fíbula.

---

Dra. Lara Medeiros  
Médica Radiologista  
CRM-PI: 3373





JOAO, JOSE DE MEUNDAACAO HOSPITALAR DE TERESINA JOAO, JOSE DE MEUNDAACAO HOSPITALAR DE TERESINA  
054Y O 389558 11/06/2018,054Y O 389558 11/06/2018  
Nasc: 18/02/1964 13:22:49 Nasc: 18/02/1964 13:22:49

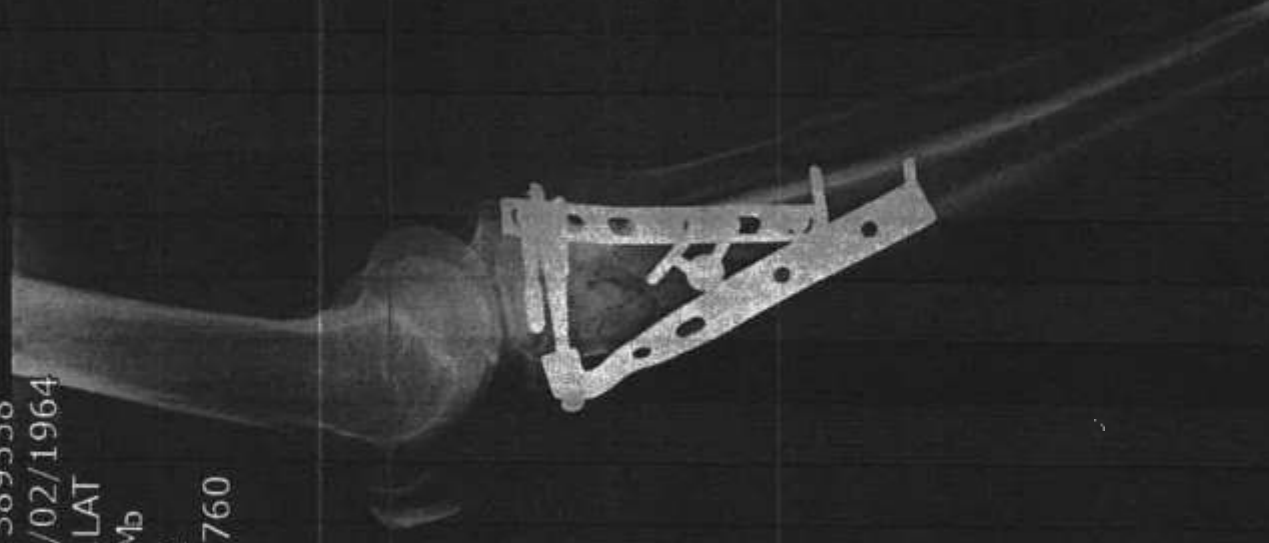
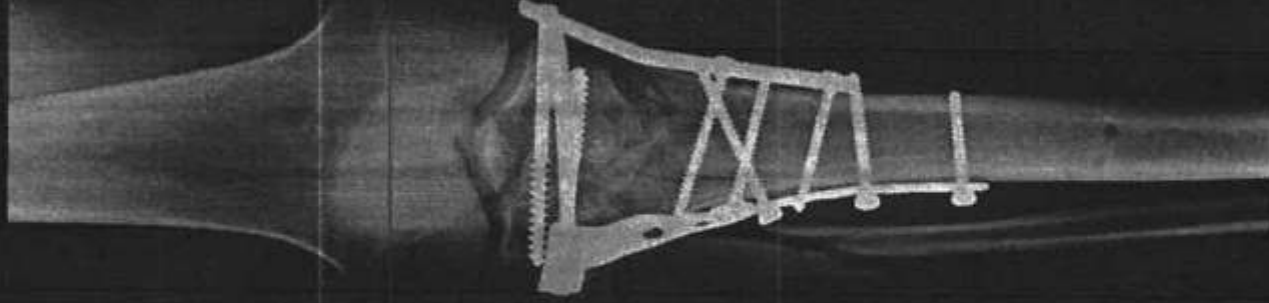
JOELHO

LOW\_EXM

Im: 1 / 2

2140 X 1760

D



W: 1023 L: 511

39.23% W: 1023 L: 511

39.23%

**JOÃO JOSÉ DE MOURA**

TERESINA, 16/10/2018

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA GRAVE  
DE PLANTALTO TIBIAL, FEIO TRATAMENTO CIRURGICO COM PLACA  
E PARAFUSOS. O MESMO EVOLUI COM LIMITAÇÃO E PERDA DE  
75% DA FUNÇÃO DO MEMBRO. SEQUELA DEFINITIVA E PERMANENTE.  
CID-10 - S 83.3

*Dr. Alcionmar Vêras Vianna*  
Cirurgia do Ombro e Cotovelo  
CRM: 2631 TEOT - 10452



**Dr. Alcionmar Vêras**

CRM: 2631 TEOT - 10452

Membro Titular da Sociedade

Brasileira de Ortopedia e Traumatologia

Especialista em Cirurgia de Ombro e Cotovelo

CRM - 2632 TEOT - 1052

Associação Brasileira de Ortopedia e Traumatologia



**DECRETO ALTERNATIVO DO BRASIL**  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 CATEGORIA NACIONAL DE HABITANTE

**ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

DOC. IDENTIDADE / CPF / ENDEREÇO  
 1431371 289 PA

CPF  
 042.394.433-93

DATA NASCIMENTO  
 29/07/1977

PERGAM  
 JOSE MIRRIAS DA SILVA

MARIA CAPOELITA DE SOUSA

PERMISSÃO  
 PERMISSÃO

ALC  
 0

CET/INO  
 0

R. REVISÃO  
 08983294635

VALIDADE  
 03/01/2019

EMISSÃO  
 04/01/2018

**1554703040**

**PIAUI**

**DETRAN**

**CONTRAC**

**PJ CORRETO  
 DE SEGUROS**

**29 ABO 2018**

**DPVAT**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 012824981590  
CERTIFICADO DE REGISTRO E CANCELAMENTO DE VEÍCULO

000028037  
1 00536555273 2017

JARDEL DE SOUSA MOURA  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

03618662327 PIJ-0588  
9C2JC2500YR049175

PAS/MOTOCICLO/RENDOMA GASOLINA

HONDA/CG 125 TITAN 1999 2000

02P/0124CC PARTIC VERMELHA

ISENTO

00000000 DO

3- IPVA

SEGURO PAGO

SEM RESTRICOES

ELESBAO VELOSO 30/08/2017

ABRAO MARTINS DO REGO LOBÃO  
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS MATEIAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE E/OU POR SUA CARGA, A PRESSÃO  
TRANSITO, SEJA OU NAO, SEGURO DPVAT

PIJ Nº 012824981590 BILHETE DE SEGURO DPVAT

03618662327 PIJ-0588 2017

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

29 AGO 2018

DPVAT 2017 30/08/2017

1 03618662327 PIJ-0588

00536555273 HONDA/CG 125 TITAN

1999 9C2JC2500YR049175

PREMIO TARIFARIO

081,28 009,03 090,31

004,15 000,70 185,50

DATA ÚNICA PARCELADO 30/08/2017

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.505/0001-04  
www.seguradoralider.com.br

30/08/2016

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME - JARDEL DE SOUSA MOURA

CPF 036.186.623-27 DATA NASCIMENTO 18/12/1999

FILIAÇÃO JOAO JOSE DE MOURA MARIA DE SOUSA MOURA

PERMISSÃO 27/04/2020 21/02/2008

REGISTRO 44802816204

CLASSIFICAÇÃO: HABILITADO P/ TRANSPORTE COLETIVO PASSAGEIRO  
HABILITADO P/ TRANSPORTE PRODUTOS PERIGOSOS  
VEICULO PARA TRANSPORTE REMUNERADO

Jardel de Sousa Moura

ABRAO MARTINS DO REGO LOBÃO  
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

DETRAN - PI (PIJUI)

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

29 AGO 2018

DPVAT

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180400584 **Cidade:** Elesbão Veloso **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO JOSE DE MOURA **Data do acidente:** 18/05/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 06/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180400584 **Cidade:** Elesbão Veloso **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO JOSE DE MOURA **Data do acidente:** 18/05/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 06/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

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

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** BRUNO BARBOSA MENDONCA

**CRM:** 900400

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180400584 **Cidade:** Elesbão Veloso **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO JOSE DE MOURA **Data do acidente:** 18/05/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 31/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** ANTERIORMENTE, JÁ INDENIZADO EM 50%, TOTALIZANDO AGORA 75% DE JOELHO DIREITO. SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

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

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

**CRM:** 5252099-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

Karla Souza

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180400584 **Cidade:** Elesbão Veloso **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO JOSE DE MOURA **Data do acidente:** 18/05/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 31/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Não

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DE JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** REANÁLISE DA AMD CONCLUÍDA COM O PAGAMENTO COMPLEMENTAR DE 25% PARA QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA DE JOELHO DIREITO EM GRAU INTENSO. ANTERIORMENTE INDENIZADO EM 50%, TOTALIZANDO AGORA 75% DE JOELHO DIREITO.

## DANOS

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

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180400584

**Cidade:** Elesbão Veloso

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOAO JOSE DE MOURA

**Data do acidente:** 18/05/2018

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA ARTICULAR NO PLATO TIBIAL DIREITO

**Descrição do exame médico pericial:** PACIENTE EVOLUI COM DOR EM JOELHO E EM PERNA, COM MARCHA CLAUDICANTE, COM EDEMA LOCAL, ANDA DE MULETAS, NÃO CONSEGUE AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** CONSOLIDACAO DA FRATURA DE FORMA ALINHADA SEM DESVIOS

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO JOELHO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 13/11/2018

**Conduta mantida:** Sim

**Observações:**

**Médico examinador:** Frederico Fonseca de Oliveira

**CRM do médico:** 5058

**UF do CRM do médico:** PI

## DANOS

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

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180400584 **Cidade:** Elesbão Veloso **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO JOSE DE MOURA **Data do acidente:** 18/05/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA ARTICULAR NO PLATO TIBIAL DIREITO

**Descrição do exame médico pericial:** PACIENTE EVOLUI COM DOR EM JOELHO E EM PERNA, COM MARCHA CLAUDICANTE, COM EDEMA LOCAL, ANDA DE MULETAS, NÃO CONSEGUE AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** CONSOLIDACAO DA FRATURA DE FORMA ALINHADA SEM DESVIOS

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO JOELHO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 13/11/2018

**Conduta mantida:** Sim

**Observações:**

**Médico examinador:** Frederico Fonseca de Oliveira

**CRM do médico:** 5058

**UF do CRM do médico:** PI

## DANOS

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

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: João José de Moura BRASILEIRO (x) ESTADO  
CIVIL casado PROFISSÃO lavrador CI RGN. 851.867 CPF/MF  
Nº 948.666.233-87 RESIDENTE E DOMILIADO (x) A  
RUA Rua Paula nº 1344 3. matadouro  
CIDADE DE Elesbão Veloso - Piauí  
ESTADO Piauí CEP 64.325-000

OUTORGADO: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA SOB CPF Nº 849.394.433-53 E RG SOB  
Nº 1.651.371 SSP-PI COM ENDEREÇO CITO A RUA SETE DE SETEMBRO Nº244 BAIRRO  
CENTRO NA CIDADE DE ELESBAO VELOSO ESTADO DO PIAUI-PI

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar  
documentos, receber correspondência, solicitar informações por escrito ou telefone, ter  
acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e  
acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto  
a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susap.

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

Elesbão Veloso, Piauí, 11 de julho de 20 18

Cartório  
1º Ofício  
Elesbão  
Veloso - PI

João José de Moura

OUTORGANTE

PI COSESEC  
DE SEGUROS

29 AGO 2018

DPVAT

JB 1º Ofício de Notas, Registro de Imóvel, Títulos e Documentos, Pessoa Jurídica  
Rua Francisco Leite Pereira, N. 25, Centro - Elesbão Veloso - PI - CEP 64325-000  
e-mail: elesbaofuncionario@gmail.com

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE EM FORMA DE: JOAO JOSE DE  
MOURA, DOU FE, EM TESTE DA VERDADE, ELESBAO  
VELOSO-PI, 11/07/2018, ELESBAO-PI, 11/07/2018, TJ10.74 Selas: 0.26  
Total: 4,71 Selas: AEF 47395 (F908)

João Salgueiro de Moura Martins  
TÍTULOS E DOCUMENTOS - TITULOS E DOCUMENTOS



ORIGINAL

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0316691/18

**Número do Sinistro:** 3180400584

**Vítima:** JOAO JOSE DE MOURA

**CPF:** 948.666.273-87

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 18/05/2018

**Titular do CPF:** JOAO JOSE DE MOURA

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/10/2018  
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA  
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/10/2018  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOAO JOSE DE MOURA

Nº Sinistro: 3180400584

Vitima: JOAO JOSE DE MOURA

Data do Acidente: 18/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180400584**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13305903





Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JOAO JOSE DE MOURA

Sinistro: 3180400584

Vítima: JOAO JOSE DE MOURA

Data do Acidente: 18/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: **INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180400584** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JOAO JOSE DE MOURA

Nº Sinistro: 3180400584

Vítima: JOAO JOSE DE MOURA

Data do Acidente: 18/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180400584**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 a 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

948.666.273-87

Nome completo da vítima

João José de Moura

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo

João José de Moura

CPF titular da conta

948.666.273-87

Profissão

Camadau

Endereço

Rua São Paulo

Número

1344

Complemento

Matos

Bairro

Matos

Cidade

Elizabão Veloso

Estado

Piauí

CEP

64.325-000

E-mail

Recorde-se

Telefone (DDD)

(86) 99402-2764

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237)

☒ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

0788

DV

9

CONTA

8692

DV

4

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Elizabão Veloso 24 de Agosto de 2018

Local e Data

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

29 AGO 2018

DPVAT

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3180400584  
Nome do(a) Examinado(a): Joao Jose de Moura  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Sao Paulo, S/N  
Matadouro Elesbao Veloso PI CEP: 64325-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PI ] 851867  
Data local do acidente: [ 18/05/2018 ]  
Data local do exame: [ 13/11/2018 ] Teresina [ PI ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA COMINUTIVA ARTICULAR NO PLATO TIBIAL DIREITO**

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

**Tratamento: OSTEOSINTESE COM PLACA E PARAFUSO NO PLATO TIBIAL DIREITO**

**Complicações: LIMITACAO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO**

**Data da Alta: 18/06/2018**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**PACIENTE EVOLUI COM DOR EM JOELHO E EM PERNA, COM MARCHA CLAUDICANTE, COM EDEMA LOCAL, ANDA DE MULETAS, NÃO CONSEGUE AGACHAR, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO.**

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

( ☒ ) Sim ( ) Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

( ☒ ) Sim ( ) Não

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

**LIMITACAO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO COM DOR EM JOELHO E EM PERNA, COM MARCHA CLAUDICANTE, COM EDEMA LOCAL, ANDA DE MULETAS, NÃO CONSEGUE AGACHAR, DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR GRAU 3, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO EM 40 GRAUS.**

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

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

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

**JOELHO - Lado Direito**

% 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
**Dr. Frederico Fonseca de Oliveira**  
 CPF - 047.547.326-42  
CRM/PI - 5058



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 136588.000280/2018-21

Unidade de Registro: DP DE ELESBÃO VELOSO

Resp. pelo Registro: Daniel De Carvalho Silva

Data/Hora: 11/07/2018 - 11:15

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE ELESBÃO VELOSO

Tipo Local

OUTROS

Município

ELESBÃO VELOSO

Endereço

LOCALIDADE COMPOS DO CARETA, Nº:

Complemento

Data/Hora

18/05/2018 - 07:30

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOAO JOSE DE MOURA

RG: 851867 SSP PI

Mãe: CREUSA ALVES DA CONCEIÇÃO MOURA

Pai: FRANCISCO JOSE DE MOURA

Endereço: RUA SAO PAULO, Nº

Bairro: MATIAS

Cidade: ELESBÃO VELOSO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

29 AGO 2018

DPVAT

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA, CG 125

Condutor: JOAO JOSE DE MOURA

RG: 851867 Órgão: SSP UF RG: PI

End: RUA SAO PAULO Número: 138 Complemento:

Cidade: ELESBÃO VELOSO UF: PI Bairro: MATIAS

Proprietário: JARDEL DE SOUSA MOURA

Cidade: ELESBÃO VELOSO UF: Bairro: MATIAS

Ano: Placa: Chassi:

2000 PIJ0588

9C2JC2500YRG49175

Renavam:

00536555273

Cor:

Vermelha

RELATO DA OCORRÊNCIA

O DECLARANTE VEIO ATE ESTA DELEGACIA PARA COMUNICAR UM ACIDENTE QUE ENVOLVEU A SUA PESSOA E TEVE A SEGUINTE DINÂMICA. O DECLARANTE ESTAVA EM SUA MOTOCICLETA EM DIREÇÃO A LOCALIDADE CAMPOS DO CARETA, QUANDO UM ANIMAL ENTROU EM SUA FRETE E A VÍTIMA COLIDIU COM O MESMO, FOI QUANDO O DECLARANTE CAIU NO LOCAL QUE EM SEGUIDA FOI SOCORRIDO PELO SENHOR ANGELO JOSE DE MOURA NETO QUE LEVOU A VÍTIMA ATE O HOSPITAL DESTA CIDADE, ONDE FORAM FEITOS OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS E POSTERIORMENTE ENCAMINHADO AO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA (HUT) ONDE FOI FEITO RAIOS-X E CONSTATADO FRATURA NA PERNA DIREITA ONDE POSTERIORMENTE FOI FEITO CIRURGIA. ERA QUE TINHA DE DECLARAR.

Daniel De Carvalho Silva - Mat. 3112900  
AGENTE DE POLÍCIA

JOAO JOSE DE MOURA - Noticiante  
Responsável pela Informação



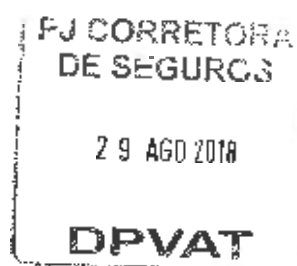
Governo do Estado do Piauí  
Secretaria de Segurança Pública  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

1352 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 136588.000280/2018-21

*Paulo Gregório F. da J.*  
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL  
Delegado de Polícia

ORIGINAL



Para mais esclarecimentos, acesse o site <https://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221205 exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

João José de Moura

CPF da Vítima

948.666.293-87

Data do Acidente

18.05.2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Final

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

ORIGINAL

João José de Moura 24 de Agosto de 2018  
Local e Data

PI CORRETORA  
DE SEGUROS

29 AGO 2018

DPVAT

João José de Moura  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA (HENM)

Avenida Benício Alves da Silva, 5171 Centro  
Fone/Fax: (88) 3285-1133 Cep.: 84.325-000 - Elestão Veloso-PI  
CNPJ: 06.553.584/0012-90 E-MAIL: hospitalnorbertomoura@bolmail.com

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PRONTO SOCORRO

Senha: 10 26657

Aut: 228841810

|   |           |  |  |
|---|-----------|--|--|
| NOME DO PACIENTE:   |           | IDADE  |  |
| João José de Moura  |           | 54   |  |
| ENDEREÇO:   | CIDADE    | UF   |  |
| Rua São Paulo   | E. Veloso | PE   |  |
| CPF:  | RG:       |  |  |
|   | 851.867   |  |  |
| NOME DO PAI:  |           |  |  |
| Francisco José de Moura   |           |  |  |
| NOME DA MÃE:  |           |  |  |
| Creusa Alves da Conceição Moura   |           |  |  |
| DADOS CLÍNICOS  |           |  |  |
| Paciente relata ter sofrido acidente motorcyclístico e queda de dor região proximal da perna direita Ao EF: Dor à palpação local, Glasgow 15; P/A: 150/90 |           |  |  |
| DIAGNOSTICO   |           | PJ CORRETORA DE SEGUROS  |  |
| Acidente motorcyclístico  |           | 29 AGO 2018  |  |
| CD Dileprova - 3amp + AD, EV  |           |  |  |
| Dilexamutasona 4mg - 2.5ml + AD, EV   |           |  |  |
| ③ Solicito RX para dente  |           | DPVAT  |  |
| ORX incluídas Fraturas proximal e epifise da tibia e Fíbula direita   |           |  |  |
| CD: Solicito avaliação e conclusão ortopédica   |           | Dr. Francisco Dantas<br>Médico<br>CRM-PI: 5994<br>542.211.023-85 |  |
| DATA 18/05/18   |           | ASS. CARIMBO DO MÉDICO   |  |

CONFERE COM O ORIGINAL

Rayanne D. Onias  
19.06.18



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO JOSE DE MOURA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00788-9

CONTA: 000010008692-6

---

Nr. da Autenticação E62DB255F3773F73



Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI  
 Inscrição Estadual: 19.301.658-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27  
 Internet: www.agespisa.com.br  
 Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8888

**Fatura Mensal**

**MATRICULA:** 2511170-1 **Hidrometro:** A04N245943 **Referência:** MAJ/2018

**Nome/Razão Social/Endereço:**  
 JOAO JOSE DE MOURA  
 RUA SAO PAULO, 134A  
 NATADOURO  
 ELESBAO VELOSO 64325000 **AG= 103**

| Situação   | Assinatura | Assinatura | Assinatura | Inscrição             |
|------------|------------|------------|------------|-----------------------|
| 3/1        | 1          | Com        | Ind.       | Pub                   |
|            |            |            |            | 16 2 03 0269 0062-060 |
| 14/04/2018 |            | 15/05/2018 |            | 31                    |

| Período de Consumo | Consumo | Consumo |
|--------------------|---------|---------|
| 14/04/2018         | 1289    | 12      |
| 12/17              | 1279    | 10      |
| 01/18              | 1293    | 14      |
| 02/18              | 1302    | 9       |
| 03/18              | 1311    | 9       |
| 04/18              | 1320    | 9       |
| 05/18              | 1331    | 11      |

**Forma de Faturamento:** FATURADO P/ CONSUMO NORMAL

**Cód. Responsável:** 903297973 **Código de Tarifa:** 01

**Consumo:** 11 **Consumo Faturado:** 12

**Valor R\$:** 31,93 **Valor R\$:** 1,90

**Descrição da Fatura:** MANUTENCAO HIDROMETRO

**VENCIMENTO:** 22/05/2018 **TOTAL A PAGAR (R\$):** 33,83

PAGUE ATÉ O VENCIMENTO. EVITE COBRANÇA DE MULTA/JUROS MORA.  
 CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

**CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PORT. 2914, 2011 MS**

| Parâmetro                        | Unidade | Classe | Classe | Classe | Classe | Classe | Classe | Classe |
|----------------------------------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Valor Máximo Permitido           | mg/L    | 45     | 50     | 60     | 60     | 60     | 60     | 60     |
| Na Mostra de Amostragem          |         |        |        |        |        |        |        |        |
| Na Amostra Realizada             |         |        |        |        |        |        |        |        |
| Na Amostra que Atende Legislação |         |        |        |        |        |        |        |        |
| Valor Realizado                  |         | 0.37   | 0.19   | 0.77   | 7.20   | 0.00   | 0.00   | 0.00   |

**Conclusão:** A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIAS SITE WWW.AGESPISA.COM.BR

**DEBITOS QUITADOS NESTE CLIENTE ATÉ 02/2017 LEI 13007/09**

**EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESCOTO COLETA NA AGES**

**33 COBRETE DE SEGURANÇA**

**29 AGO 2018**

**DPVAT**

TIM Celular S.A.  
Av. Frei Serafim, 1989 - Sala 6  
Lapa - Teresina - PI  
CNPJ: 04.206.070/0080-84 - Fone: 19.455.632-8  
E-mail: na.Matriz\_04.206.050/0001\_80

**TIM**  
**BLACK**

Página 1 de 2

**R\$ 142,90**

**VENCIMENTO**

**25/07/2018**

**EMISSION: 07/07/2018**

**POSTAGEM: 16/07/2018**

**FATURA: 3450706950**

**CLIENTE: 1.67423773**

**CPF/CNPJ: 84939443353**

**ACESSO: 86 99999-3007**

**DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776034**

**ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**  
RUA SETE DE SETEMBRO, 244  
CENTRO  
64325-100 - EI ESBÃO VELHO - PI

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

**29 AGO 2018**

**DPVAT**

## IMPORTANTE PARA ADRIANA

Agora você conta com o TIM PRA MIM! O programa de relacionamento feito pra você. São descontos e vantagens em diversas áreas, como gastronomia, viagens e compras online. Que tal um desconto pra fazer aquela viagem, jantar fora no final de semana ou presentear algum amigo? Não precisa se cadastrar e não tem custo adicional! Acesse o aplicativo Meu TIM pelo seu smartphone, entre na área TIM PRA MIM e escolha o benefício de seu interesse.

## RESUMO DA SUA CONTA DE: 07/JUN A 06/JUL

| SERVIÇOS  | VALOR             |
|---|-------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Oferta TIM Pós C Plus       | <b>R\$ 139,99</b> |
| <input checked="" type="checkbox"/> CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM | <b>R\$ 2,91</b>   |

## 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

Subtotal

10 GB de Internet

Múltiplos locais e DDD com 41

10GB de Internet para Vídeo

TIM Music

TIM Banca Virtual

TIM Backup 30GB

TIM Vídeo Premium

| FRANQUIA                     | CONSUMO | QUANTIDADE | Nº DIAS | PERÍODO       | VALOR         |
|------------------------------|---------|------------|---------|---------------|---------------|
| -                            | -       | 1          | 30      | 07/06 a 06/07 | <b>189,99</b> |
| -                            | -       | 3/12       | 30      | 07/06 a 06/07 | -45,32        |
| -                            | -       | -          | -       | -             | <b>144,67</b> |
| 10GB                         | -       | 1          | 30      | 07/06 a 06/07 | Incluído      |
| ilimitado                    | 126m36s | 1          | 30      | 07/06 a 06/07 | Incluído      |
| -                            | -       | 1          | 30      | 07/06 a 06/07 | Incluído      |
| -                            | -       | 1          | 30      | 07/06 a 06/07 | Incluído      |
| -                            | -       | 1          | 30      | 07/06 a 06/07 | Incluído      |
| -                            | -       | 1          | 30      | 07/06 a 06/07 | Incluído      |
| -                            | -       | 1          | 30      | 07/06 a 06/07 | Incluído      |
| -                            | -       | 1          | 30      | 07/06 a 06/07 | Incluído      |
| -                            | -       | 1          | 30      | 07/06 a 06/07 | Incluído      |
| <b>Total de Mensalidades</b> |         |            |         |               | <b>139,99</b> |