

Control: x Audiência: x Upload: x Caixa de: x Consult: x WhatsApp: x Merge P: x Sistema: x PJ Consult: x PJ 0800318: x

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=504839&ca=b79a9d08afdaf21d020029724399164b2...

Apps Processo Virtual Na... Administrativos Portal do Advogado Google Nova guia Meu INSS [bb.com.br] Zimbra: Movimenta... PJE 1º Publicações

**PJE** ProceComCiv 0800318-65.2020.8.18.0100  
HELIO DE MACEDO E SILVA X GENTE SEGURADORA SA

10532798 - CONTESTAÇÃO (2730582 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 30/06/2020 09:54:53

30 Jun 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 10532797 - CONTESTAÇÃO
  - 10532798 - CONTESTAÇÃO (2730582 CONTESTACAO 01)
  - 10532805 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
  - 10532815 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
  - 10532817 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
  - 10532819 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO )

09:54

Microsoft Word - 2730582\_CONTESTACAO 1 / 9

2730582- CS/ 2020-02387/ INVALIDEZ

**JOÃO BARBOSA**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

prot + pç.pdf prot + pç.pdf pç.pdf Exibir todos x

PT 09:55 30/06/2020



Número: **0800318-65.2020.8.18.0100**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Manoel Emídio**

Última distribuição : **26/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                          |                    | Procurador/Terceiro vinculado               |                         |
|---------------------------------|--------------------|---|-------------------------|
| HELIO DE MACEDO E SILVA (AUTOR) |                    | THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA (ADVOGADO) |                         |
| GENTE SEGURADORA SA (REU)       |                    |   |                         |
| Documentos                      |                    |   |                         |
| Id.                             | Data da Assinatura | Documento                                   | Tipo                    |
| 10532805                        | 30/06/2020 09:54   | <a href="#">PROCESSO ADMINSTRATIVO</a>      | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |



PREFEITURA MUNICIPAL DE MANOEL EMÍDIO - PI  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192  
REGISTRO DE OCORRÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR



DATA: 23/05/2019

DADOS DO PACIENTE

NOME:

SEXO:

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA:

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:

- ☒ Acidente de Trânsito ☐ Envenenamento ☐ Queimadura ☐ Ferimento Arma Branca  
☐ Mal Súbito ☐ Urgência Clínica ☐ Choque Elétrico ☐ Transferência  
☐ Agressão Física ☐ Urgência Obstétrica ☐ Queda ☐ Já removido  
☐ Afogamento ☐ Urgência Pediátrica ☐ Tentativa de Suicídio ☐ Falso Chamado  
☐ Picada de animais Peçonhentos ☐ Urgência Psiquiátrica ☐ Ferimento Arma de Fogo ☐ Outros:

ACIDENTE DE TRÂNSITO

EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA

- ☐ Capacete ☐ Cinto ☐ Airbag  
☐ Assento para criança ☐ Nenhum

MEIO DE LOCOMOÇÃO

- ☐ Moto ☐ Automóvel  
☐ Bicicleta  
☐ Outros:

VÍTIMA

- ☐ Condutor ☐ Passageiro  
☐ Pedestre ☐ Ignorado

INDÍCIOS DE INGESTÃO  
DE BEBIDA ALCÓOLICA?

- ☐ Sim ☒ Não  
☐ Ignorado

EXAME FÍSICO

GLASGOW ( )

Abertura Ocular  
4 - Espontânea  
3 - Ao chamado

2 - À dor

1 - Não abre

Resposta Verbal

5 - Orientada

4 - Confusa

3 - Resposta

Inapropriada

2 - Palavras

Incompreensíveis

1 - Sem resposta

Resposta Motora

6 - Obedece aos comandos

5 - Localiza a dor

4 - Movimento de retirada

3 - Flexão anormal

2 - Extensão anormal

1 - Sem resposta

PUPILAS

- ☐ Isocóricas  
☒ Anisocóricas  
☐ Midriase  
☐ Miose

HEMORRAGIA

- ☐ Ausente  
☒ Mínima  
☐ Moderada  
☐ Intensa

PULSO RADIAL

- ☐ Cheio  
☐ Fino  
☐ Ausente

SINAIS VITAIS

1ª Verificação

2ª Verificação

Hora

P.A.

Pulso

RESPIRAÇÃO

TEMPERATURA

SATURAÇÃO

GLICEMIA

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- ☐ Aspiração ☐ Ventilação Artificial ☐ Imobilização de extremidades ☐ KED  
☐ Oxigênio ☐ Monitorização ☐ Prancha longa ☐ RCP  
☐ Hemostasia ☐ Acesso Venoso - Solução ☐ Colar Cervical ☐ Curativo  
☐ Ass. Obstétrica ☐ Outros:

MEDICAÇÃO ADMINISTRADAS

ENTRADA NO HOSPITAL: CONDIÇÕES DE GRAVIDADE NA ENTRADA

- ☐ Melhorando ☐ Severa Gravidade ☐ Indeterminado  
☐ Piorando ☐ Média Gravidade ☐ Óbito antes do Socorro  
☐ Inalterado ☐ Pequena Gravidade ☐ Óbito antes do transporte  
☒ Coma ☐ Ileso ☐ Óbito no transporte

OBSERVAÇÕES:

HOSPITAL DE DESTINO:

Profissional Receptor do Hospital  
CORREN 119 3160

EQUIPE DO SAMU



SINHA = 2019 05 23-01 15 32

UNIDADE MISTA DE SAUDE DE MANOEL EMIDIO

CNPJ: 06.554.125/0002-238

AV. PRIMEIRO DE MAIO, 231-CENTRO

CEP: 64875-000- MANOEL EMIDIO-PI

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E TRANSFERENCIA

NOME: Helio de Macedo e Silva

IDADE: 35  
16:30

DATA: 23/05/19

HORA: 16:30

CASO: CLINICO ( ) TRAUMA (X)

DESCRIÇÃO: Paciente vítima de acidente de moto -  
ciclote de 60 minutos de evolução deu  
entrada em nosso VBS trazido pela  
SAMU referindo dor e perda de função  
de perna esquerda.

RX de perna esquerda: Evidência  
fratura distal de tíbio e fíbula

HD: Fratura distal de fíbula e tíbio  
esquerda.

CONDUTA IMEDIATA:

PA = 130 x 90 mmHg

( ) SUTURA ( ) IMOBILIZAÇÃO ( ) OBSERVAÇÃO ( ) CURATIVO  
( ) MEDICAMENTO

① - Diclofenaco 4mg/ml - 01  
Aplica os A-P (SM)  
② - Tramadol 100mg - 2x por  
Aplica 01 SM (SM)

( ) TRANSFERÊNCIA

X Hospital Regional Tereze Nunes.

Pedro A. S. Neto  
MÉDICO/ENFERMEIRO



**1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE**  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

**2 - CNES**  
2365146

**3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE**  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

**4 - CNES**  
2365146

**Identificação do Paciente**

**5 - NOME DO PACIENTE**  
HELIO DE MACEDO E SILVA

**6 - Nº DO PRONTUÁRIO**  
193899

**7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)**  
209847776490007

**8 - DATA DE NASCIMENTO**  
22/02/1984

**9 - SEXO**  
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 2

**10 - NOME DA MÃE**  
MARIA DIVA BARREIRA MACEDO E SILVA

**11 - TELEFONE DE CONTATO**  
(89) 9946-08032

**12 - ENDEREÇO**  
DR. TIBÉRIO NUNES, 345 - CENTRO

**13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA**  
MANOEL EMÍDIO

**14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO**  
2205904

**15 - UF**  
PI

**16 - CEP**  
64875-000

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

**17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**  
T - y - E

**18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO**  
L -

**19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)**  
R2 / 10/11/19

**20 - DIAGNÓSTICO INICIAL**  
R2 2 fu E

**21 - CID PRINCIPAL**  
S82.3

**22 - CID SECUNDÁRIO**

**23 - CAUSAS ASSOC.**

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

**24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**  
Osmundo

**25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO**

**26 - CLÍNICA**  
ORTOPEDIA

**27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO**  
URGÊNCIA

**28 - DOCUMENTO**  
( ) CNS ( x ) CPF

**29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE**  
93755392372

**30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE**  
ALEXANDRE MAGNO PEREIRA GOMES

**31 - DATA DA SOLICITAÇÃO**  
23/05/2019

**32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)**

**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**  
OSMUNDO DE MORAES ANDRADE

**44 - Cód. ORGÃO EMISSOR**  
M220390901

**45 - CODUMENTO**  
( ) CNS ( x ) CPF

**46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR**  
078.977.823-87

**47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO**

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

**49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.**



|  |  |                     |  |
|--|--|---------------------|--|
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br>HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES |  | 2 - CNES<br>2365146 |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE<br>HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  |  | 4 - CNES<br>2365146 |  |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Identificação do Paciente   |  |  |  |
| 5 - NOME DO PACIENTE<br>HELIO DE MACEDO E SILVA   |  | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO<br>193899                         |  |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)<br>209847776490007                                   |  | 8 - DATA DE NASCIMENTO<br>22/02/1984                   |  |
| 9 - SEXO<br>Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 2 |  | 10 - NOME DA MÃE<br>MARIA DIVA BARREIRA MACEDO E SILVA |  |
| 11 - ENDEREÇO<br>DR. TIBÉRIO NUNES, 345 - CENTRO  |  | 12 - TELEFONE DE CONTATO<br>(89) 9946-08032            |  |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA<br>MANOEL EMÍDIO   |  | 14 - COD. IBGE MUNICÍPIO<br>2205904                    |  |
| 15 - UF<br>PI   |  | 16 - CEP<br>64875-000                                  |  |

|  |  |
|--|--|
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS<br><div style="text-align: center; font-size: 2em;">T - fe E</div>  |  |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO<br><div style="text-align: center; font-size: 2em;">T -</div>  |  |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)<br><div style="text-align: center; font-size: 1.5em;">R2 / E - f</div> |  |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL<br><div style="text-align: center; font-size: 1.5em;">T2 de fe E</div>  |  |
| 21 - CID PRINCIPAL<br>S8C.3  |  |
| 22 - CID SECUNDÁRIO  |  |
| 23 - CAUSAS ASSOC.   |  |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br><div style="text-align: center; font-size: 1.5em;">Osteom...</div> |  | 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO            |  |
| 26 - CLÍNICA<br>ORTOPEDIA   | 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO<br>URGÊNCIA | 28 - DOCUMENTO<br>( ) CNS ( x ) CPF    | 29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE<br>93755392372 |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE<br>ALEXANDRE MAGNO PEREIRA GOMES  |  | 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO<br>23/05/2019 | 32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)                              |

|  |  |                                |  |
|--|--|--------------------------------|--|
| 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 |  |                                |  |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR<br>OSMUNDO DE MORAES ANDRADE                |  | 44 - COD. ORGÃO EMISSOR<br>M220390901            |  |
| 45 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR<br>( ) CNS ( x ) CPF 078.977.823-87 |  | 46 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.              |  |
| 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO  |  | 48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) |  |





Hora: 21:27

## BOLETIM DE ADMISSÃO

MARIZA

**193899 - HELIO DE MACEDO E SILVA**

**SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - 22/02/1984 - 35 ANOS, 3 MESES, 1 DIA**

Clinica: ORTOPEDIA

Enfermaria: 01- OBSERVAÇÃO

Leito: 0110

Convênio: SUS

Escolaridade:

CPF: 934.989.503-04

RG: 3743952

Médico: 4462 - ALEXANDRE MAGNO PEREIRA GOMES

C/N:

SIS Prenatal:

Endereço: DR. TIBERIO NUNES, Nº 345 - CEP: 64875-000

Bairro: CENTRO

Cidade: 2205904- MANOEL EMIDIO/PI

Profissão: ARMADOR

Telefone: ( ) -

Pai: PEDRO BARBOSA DA SILVA

Mãe: MARIA DIVA BARREIRA MACEDO E SILVA

Responsável: HELIO DE MACEDO E SILVA - ( ) -- O MESMO

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Diária de Acompanhante:

☒ Sim

☐ Não

*Massia Manuelle*  
Massia Manuelle  
Ribeiro da Silveira  
ASSISTENTE SOCIAL  
CRESS - 0037-SEC  
22ª Região / PI

Resultado

Adm.: \_/\_/\_

Alta: \_/\_/\_

☐  
☐  
☐  
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

☐  
☐  
☐  
☐

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

☐  
☐  
☐

-48 Horas

+48 Horas

Obito

Transferido

**História Clínica**

**Diagnóstico Provável**

*Fx 2 Jm E*



*Alexandre Magno Pereira Gomes*  
ALEXANDRE MAGNO PEREIRA GOMES



| Data/Hora |   |
|-----------|---|
|           | Rest 5/ confero am  |
|           | Dr. Alexandre Magno<br>CRM-MG 3820 / CRM-PI 4482<br>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                             |
|           | HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES<br>FLORIANO - PIAUI<br>CONFERE COM O ORIGINAL<br>DATA 10/06/2014<br>ASSIN |

Dr. Alexandre Magno  
CRM-MG 3020 / CRM-PI 4482  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA





**Resumo de Alta / Transferência**

**I074627 -HELIO DE MACEDO E SILVA**

Data:23/05/2019 Leito:0110

**RESUMO CLÍNICO**

Evolução / Intercorrências / Medicções relevantes: \_\_\_\_\_

**Diagnóstico principal:** \_\_\_\_\_

**Diagnósticos Secundários:** \_\_\_\_\_

**Procedimentos Cirúrgicos**

1- Cirurgia realizada: \_\_\_\_\_ Cirurgião: \_\_\_\_\_

Tipo de anestesia / sedação: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2- Cirurgia realizada: \_\_\_\_\_ Cirurgião: \_\_\_\_\_

Tipo de anestesia / sedação: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Procedimentos / Exames Invasivos**

1- \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2- \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3- \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Condições de Alta / Transferência**

☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito

**Destino:** ☐ Residência ☐ Atendimento domiciliar ☐ Transferência para: \_\_\_\_\_

**Observação:** \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Médico

CRM/Carimbo





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL "TIBÉRIO NUNES"  
CENTRO CIRÚRGICO-OBSTÉTRICO

Nome do Paciente: Helio de Macedo e Silva Reg. Same: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: Fixação externa de fratura de tíbia Sala: 05  
Cirurgião: Dr. Alexandre Auxiliar: Dr. João Soares  
Instrumentador: Lincoln Circulante: Paula / Mariana  
Data: 31 / 05 / 19 Início: 16h Término: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTO DE SALA

| Nº | ESPECIFICAÇÃO          | LABORATÓRIO | QUANT.     | PUNT. | SUB. TOTAL |
|----|------------------------|-------------|------------|-------|------------|
| 01 | ADRENALINA             | Bupivacaína | 01 amp     |       |            |
| 02 | ALBUMINA HUMANA        |             |            |       |            |
| 03 | ATROPINA               |             |            |       |            |
| 04 | ÁGUA DESTILADA         |             | 03 amp     |       |            |
| 05 | AMPICILINA             |             |            |       |            |
| 06 | ADRENOPLASMA           |             |            |       |            |
| 07 | CEDILANIDE             |             |            |       |            |
| 08 | CLORETO DE POTÁSSIO    |             |            |       |            |
| 09 | CREME VAGINAL          |             |            |       |            |
| 10 | COLÍRIO                |             |            |       |            |
| 11 | CEFALOTINA 1g          |             | 02 amp     |       |            |
| 12 | CLORAFENICOL           |             |            |       |            |
| 13 | DECADRON               |             |            |       |            |
| 14 | DOLASSAL               |             |            |       |            |
| 15 | DORMONID               |             |            |       |            |
| 16 | DOLANTINA              |             |            |       |            |
| 17 | EFORTIL                |             |            |       |            |
| 18 | ETERANESTÉSICO         |             |            |       |            |
| 19 | FLAXEDIL               |             |            |       |            |
| 20 | FLEBOGORTID            |             |            |       |            |
| 21 | GARAMICINA             |             |            |       |            |
| 22 | GLUCONATO CÁLCIO       |             |            |       |            |
| 23 | HALATOME ML            |             |            |       |            |
| 24 | INOVAL                 |             |            |       |            |
| 25 | KETALAR                |             |            |       |            |
| 26 | METROMIDAZOL INJETÁVEL |             |            |       |            |
| 27 | MANITOL 20%            |             |            |       |            |
| 28 | METHERGIM              |             |            |       |            |
| 29 | METIL CELULOSE         |             |            |       |            |
| 30 | OCITOCINA              |             |            |       |            |
| 31 | PLASIL                 |             |            |       |            |
| 32 | PROSTIGIMINE           |             |            |       |            |
| 33 | POMADA OFTALMOLOGICA   |             |            |       |            |
| 34 | QUELICIM               |             |            |       |            |
| 35 | QUEMICETINA            |             |            |       |            |
| 36 | RINGER-LACTADO         |             |            |       |            |
| 37 | SORO FISIOLÓGICO       |             | 04 frascos |       |            |
| 38 | SORO GLICOSADO         |             |            |       |            |
| 39 | TRANSAMIN              |             |            |       |            |
| 40 | THIONEMBUTAL           |             |            |       |            |
| 41 | VALIUM                 |             |            |       |            |

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
FARMÁCIA - PIAUÍ  
CONFERE COM O ORIGINAL  
DATA: 30/05/2019  
ASSIN: \_\_\_\_\_

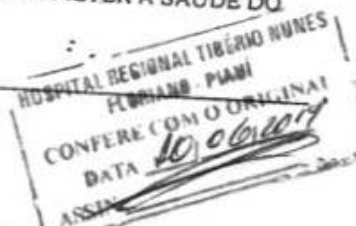


SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ - SESAPI  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES/ FLORIANO-PI  
RUA GABRIEL FERREIRA S/N- BAIRRO MANGUINHA FLORIANO - PI

TERMO DE RESPONSABILIDADE

EU Thayne de Macedo e Silva E Domiciliado À  
RESIDENTE RUA \_\_\_\_\_ IDENTIDADE  
Nº \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL PELO PACIENTE  
ABAIXO ASSINADO DECLARO:

- ( ) AUTORIZO A REALIZAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA, APÓS SER INFORMADO SOBRE A NECESSIDADE DO PROCEDIMENTO, BENEFÍCIOS E POSSÍVEIS RISCOS.
- ( ) AUTORIZO EM CASO DE INDICAÇÃO MÉDICA, A AMPUTAÇÃO DE MEMBRO(S) DO PACIENTE, ASSIM COMO A DESTINAÇÃO FINAL DO MEMBRO AMPUTADO SOB A RESPONSABILIDADE DO HOSPITAL. MEMBRO \_\_\_\_\_
- ( ) NÃO ACEITO A REALIZAÇÃO DE HEMOTRANSFUSÃO. ASSUMINDO INTEIRA RESPONSABILIDADE PELO MEU ATO E ESTANDO CIENTE DA IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO.
- ( ) NÃO AUTORIZO A REALIZAÇÃO DE INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL, MESMO ESTANDO CIENTE DA IMPORTÂNCIA DO PROCEDIMENTO.
- ( ) NÃO AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR MESMO COM DETERMINAÇÃO/ ENCAMINHAMENTO MÉDICO E CIENTE DOS RISCOS QUE PODEM COMPROMETER A SAÚDE DO PACIENTE COM ESTE ATO.
- ( ) ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE, PARA RETIRAR O PACIENTE ANTES DA ALTA HOSPITALAR, MESMO SABENDO QUE O MEU ATO PODE COMPROMETER A SAÚDE DO PACIENTE.
- ☒ AUTORIZO A REALIZAÇÃO DA CIRURGIA ASSUMINDO INTEIRA RESPONSABILIDADE.



PACIENTE: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: Thayne de Macedo e Silva

TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_

FLORIANO, 31 DE Maio DE 20 19





**HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA -  
CHECK LIST PRÉ- OPERATORIO**

Nome do Cliente: Felipe de Macedo e Silva Data de nascimento: 22/02/84

Prontuário: 93899 Entf/Leito: Repasso masculino Data do Procedimento: 31/05/19  
Prontuário

Procedimento Cirúrgico:

Pulseira de Identificação: ☒ Sim ( ) Não Horário SSVV: 14:30 T: 37,0 FC: 106 bpm FR: rpm PA: 120x70 mmHg  
Glicemia Capilar: 81 mg/dl Acesso Venoso: ☒ Periférico ( ) Central (especificar local, calibre e nº de dias) nº 20

SNG ( ) SNE ( ) Drenos (especificar): Jejum ☒ Sim ( ) Não A partir das:

Avaliação Pré-Anestésica: ( ) Sim ☒ Não Avaliação Cardiológica: ( ) Sim ☒ Não Utiliza Anticoagulante: ( ) Sim ☒ Não Último horário:

Sítio Cirúrgico Demarcado: ( ) Sim ( ) Não Adornos Retirados: ( ) Sim ( ) Não Utiliza Prótese Dentária: ( ) Sim - Retirada ( ) Não  
Higienizado: ☒ Sim ( ) Não Tricotomia: ( ) Sim ☒ Não Camisola, gorro e pro-pés: ☒ Sim ( ) Não

Alergias: ( ) Sim Qual: ( ) Não Exames essenciais disponíveis: ☒ Sim ( ) Não

Antimicrobiano Profilático: ( ) Sim ( ) Horário: Hora do Encaminhamento ao GC:  
Prontuário completo com ficha de internação ☒ Sim ( ) Não

OBSERVAÇÕES:

Assinatura e carimbo:

ENFERMEIRO

Alcides Soares  
Téc de Enfermagem

TÉCNICO EM ENFERMAGEM





Hospital Regional "Tibério Nunes"  
Floriano - Piauí

Folha de Anestesia

|                                      |  |                    |                  |                   |                                |                 |  |   |  |  |  |
|--------------------------------------|--|--------------------|------------------|-------------------|--------------------------------|-----------------|--|---|--|--|--|
| Nome: <u>Helio de Macedo e Silva</u> |  |                    |                  |                   |                                | Registro: _____ |  |   |  |  |  |
| Enf.: _____                          |  | Leito: _____       |                  | Apto.: _____      |                                |                 |  |   |  |  |  |
| Data<br><u>31-05-19</u>              | P. Arterial<br><u>100/70</u>                         | Pulso<br><u>80</u> | Respiração       | Temperatura       | Peso                           | Altura          |  |   |  |  |  |
| Exame de Sangue                      | Gr. Sanguíneo  | Hematinúria        | Hemoglobina      | Hemotócrito       | Glicemia                       | Dos. Uréia      |  |   |  |  |  |
| Exame de Urina                       |  |                    |                  |                   |                                |                 |  |   |  |  |  |
| Função Respiratória                  |  |                    |                  |                   |                                |                 |  |   |  |  |  |
| Sistema Circulatório                 |  |                    |                  | Eletrocardiograma |                                |                 |  |   |  |  |  |
| Sistema Respiratório                 |  |                    |                  | Assina            |                                | Bronquite       |  |   |  |  |  |
| Sistema Digestivo                    |  |                    | Sistema Urinário |                   |                                |                 |  |   |  |  |  |
| Estado Mental                        |  |                    | Corticóides      |                   | Atarácicos                     | Outros          |  |   |  |  |  |
| Diagnóstico Pré-Operatório           |  |                    |                  | Risco             |                                |                 |  |   |  |  |  |
| Pré-Medicação (Agentes e Doses)      |  |                    | Aplicado As:     |                   | Efeitos:                       |                 |  |   |  |  |  |
| Agentes Anestésicos                  | Oxigênio<br>1<br>2<br>3                              |                    |                  |                   |                                | TOTAL DE DOSES  |  |   |  |  |  |
| LÍQUIDO                              | Soluto 500<br>400<br>Sangue 300<br>200<br>Outros 100 |                    |                  |                   |                                |                 |  |   |  |  |  |
| Temperatura T°                       | C  |                    |                  |                   |                                |                 |  | 280<br>240<br>220<br>180<br>160<br>150<br>140<br>120<br>100<br>80<br>60<br>40<br>20<br>10 |  |  |  |
| P. Arterial                          | 38   |                    |                  |                   |                                |                 |  |   |  |  |  |
| V                                    | 36   |                    |                  |                   |                                |                 |  |   |  |  |  |
| Λ                                    | 34   |                    |                  |                   |                                |                 |  |   |  |  |  |
| Pulso                                | 32   |                    |                  |                   |                                |                 |  |   |  |  |  |
| Início e Fim Anestesia               |  |                    |                  |                   |                                |                 |  |   |  |  |  |
| X                                    |  |                    |                  |                   |                                |                 |  |   |  |  |  |
| Início e Fim Operação                |  |                    |                  |                   |                                |                 |  |   |  |  |  |
| ○                                    |  |                    |                  |                   |                                |                 |  |   |  |  |  |
| Respiração                           | 30   |                    |                  |                   |                                |                 |  |   |  |  |  |
| SÍMBOLO                              |  |                    |                  |                   |                                |                 |  |   |  |  |  |
| Técnica:                             |  |                    |                  |                   |                                |                 |  | DURAÇÃO   |  |  |  |
| Operação:                            |  |                    |                  |                   |                                |                 |  |   |  |  |  |
| Cirurgiões:                          |  |                    |                  |                   |                                |                 |  |   |  |  |  |
| Anestesiistas:                       |  |                    |                  |                   |                                |                 |  |   |  |  |  |
|                                      |  |                    |                  |                   | Incidentes - Acidentes         |                 |  |   |  |  |  |
|                                      |  |                    |                  |                   | Corticóides pós-oper. Imediata |                 |  |   |  |  |  |



**X** **Ibérico Nunes**

## RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Paciente Helio de Macedo, Delson D.N. 22/02/1984  
Data: 31/05/19 Admissão às 16:40 Prontuário 193899  
Alergia Nega Procedimento realizado: Fixação interna de fratura de tibia

### ANOS REFERENTES À ANESTESIA

ANESTESIA: ( ) Geral; ( ) Raqui; (X) Peridural; ( ) Sedação; ( ) Local; ( ) Bloqueio- Tipo:

ANESTESIOLOGISTA: Dr. V. Vilas CIRURGIÃO: Dr. J. Almeida

TEMPO (HORÁRIO DE INÍCIO: \_\_\_\_\_)

|        |                |                |                |                |     |     |     |
|--------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----|-----|-----|
| 15'    | 15'            | 15'            | 15'            | 30'            | 30' | 30' | 30' |
| 140x64 | 143x72         | 145x77         | 148x85         |                |     |     |     |
| 62bpm  | 59bpm          | 65bpm          | 58bpm          |                |     |     |     |
| 99%    | 99%            | 99%            | 99%            |                |     |     |     |
| 0-10)  |                |                |                |                |     |     |     |
| Punc.  | <u>Art. 1º</u> | <u>Art. 2º</u> | <u>Art. 3º</u> | <u>Art. 4º</u> |     |     |     |

| ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK               |  | Valor | Adm. | 30' | 60' | 120' | Observação |
|---|--|-------|------|-----|-----|------|------------|
| Capaz de mover os 4 membros               | Capaz de mover os 4 membros  | 4     | 2    |     |     |      |            |
|   | Capaz de mover 2 membros   | 1     | 1    | 1   | 1   |      |            |
|   | Incapaz de mover os membros  | 0     |      |     |     |      |            |
| Respira profundamente ou tosse livremente | Respira profundamente ou tosse livremente                                | 2     | 2    | 2   | 2   |      |            |
|   | Dispneia ou limitação da respiração                                      | 1     |      |     |     |      |            |
|   | Apnéia   | 0     |      |     |     |      |            |
| PA 20% do nível pré-anestésico            | PA 20% do nível pré-anestésico   | 2     | 2    | 2   | 2   |      |            |
|   | PA 20-49% do nível anestésico  | 1     |      |     |     |      |            |
|   | PA 50% do nível pré-anestésico   | 0     |      |     |     |      |            |
| Lúcido, orientado no tempo e espaço       | Lúcido, orientado no tempo e espaço                                      | 2     | 2    | 2   | 2   |      |            |
|   | Desperta se solicitado   | 1     |      |     |     |      |            |
|   | Não responde   | 0     |      |     |     |      |            |
| Maior que 92% respirando em ar ambiente   | Maior que 92% respirando em ar ambiente                                  | 2     | 2    | 2   | 2   |      |            |
|   | Necessita de O <sub>2</sub> para manter sat O <sub>2</sub> maior que 90% | 1     |      |     |     |      |            |
|   | Menor que 90% com O <sub>2</sub> suplementar                             | 0     |      |     |     |      |            |
| TOTAL                                     |  |       | 09   | 00  | 00  |      |            |

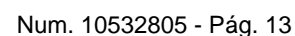
ALTA às \_\_\_\_\_:

Ass. Médico: [Assinatura]





| ALMA   | ENF. OU APT. | LEITO | ORTOPEDIA   |
|--|--------------|-------|-------------|
| RELATÓRIO DE ENFERMAGEM                        |              |       | OBSERVAÇÕES |
| HORÁRIO MEDICAÇÃO                              |              |       |             |
| DIETA LIVRE                                    |              |       |             |
| JELCO HIDROLISADO                              |              |       |             |
| RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS     |              |       |             |
| GEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS         |              |       |             |
| DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (SN)      |              |       |             |
| TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS (SN)   |              |       |             |
| TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% IV 8/8 HORAS (S/N) |              |       |             |
| CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA                |              |       |             |
| PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)          |              |       |             |
| CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg        |              |       |             |
| CURATIVO                                       |              |       |             |
| SSVW + CCGG / talo coeso procthem              |              |       |             |



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
FLORIANO-PI

| ALMA  | ENF. OU APT. | LEITO                   | ORTOPEDIA |
|---|--------------|-------------------------|-----------|
| <p>OME <i>Adas Mado, Sbe</i></p> <p>ATA <i>29/05/19</i></p> <p>PRESCRIÇÃO MÉDICA</p>  |              |                         |           |
| HORÁRIO MEDICAÇÃO   |              | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM |           |
| OBSERVAÇÕES   |              |                         |           |
| <p>DIETA LIVRE</p> <p>JELCO HIDROLISADO</p> <p>RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS</p> <p>GEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS</p> <p>DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (SW)</p> <p>TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS (SW)</p> <p>TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)</p> <p>CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA</p> <p>PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)</p> <p>CAPTOPRIL 25 mg SL se PA &gt; 160x110 mmHg</p> <p>CURATIVO</p> <p>SSVV + CCGG</p> |              |                         |           |



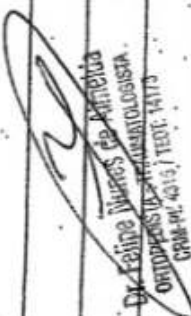
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
FLORIANO-PI

| ALMA  | ENF. OU APT. | LEITO                         | ORTOPEDIA |
|---|--------------|-------------------------------|-----------|
| <p>PRESCRIÇÃO MÉDICA</p> <p>DIETA LIVRE</p> <p>JELCO HIDROLISADO</p> <p>RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS</p> <p>GEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS</p> <p>DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS</p> <p>TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)</p> <p>CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA</p> <p>PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)</p> <p>CAPTOPRIL 25 mg SL se PA &gt; 160x110 mmHg</p> <p>CURATIVO</p> <p>SSVV + CCGG</p> |              |                               |           |
| HORÁRIO MEDICAÇÃO   |              | OBSERVAÇÕES                   |           |
| <p>18h 08</p> <p>12h 24</p> <p>18h 06</p>   |              | <p>08</p> <p>24</p> <p>06</p> |           |
| <p>Dr. João Soares Júnior</p> <p>Ortopedia Traumatologia</p> <p>CRM: 2133</p>   |              |                               |           |



[illegible]

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ**  
**HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES**  
**FLORIANO-PI**

| NOME  | ALA     | ENF. OU APT. | LEITO | ORTOPEDI// |
|---|---------|--------------|-------|------------|
| - PRESCRIÇÃO MÉDICA   |         |              |       |            |
| DATA  | 25/5/19 |              |       |            |
| 01. DIETA LIVRE   |         |              |       |            |
| 02. JELCO HIDROLISADO   |         |              |       |            |
| 03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS  |         |              |       |            |
| 04. <del>CEFALOXINA 1G - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS</del>   |         |              |       |            |
| 05. DAPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS  |         |              |       |            |
| 06. <del>TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS</del>  |         |              |       |            |
| 07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)  |         |              |       |            |
| 08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA   |         |              |       |            |
| 09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)   |         |              |       |            |
| 10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg   |         |              |       |            |
| 11. CURATIVO  |         |              |       |            |
| 12. SSVV + CCGG   |         |              |       |            |
| <div style="text-align: right;"> <br/> <b>Dr. Felipe Nunes de Almeida</b><br/> <b>ORTOPEDISTA - FLORIANO-PI</b><br/> <b>CRM-PI 4015 / TERT. 14113</b> </div> |         |              |       |            |
| RELATÓRIO DE ENFERMAGEM   |         | OBSERVAÇÕES  |       |            |
| HORÁRIO MEDICAÇÃO   |         |              |       |            |





**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ**  
**HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES**  
**FLORIANO-PI**

| NOME   | ALA | ENF. OU APT. | LEITO | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM |             |
|--|-----|--------------|-------|-------------------------|-------------|
|  |     |              |       | HORÁRIO MEDICAÇÃO       | OBSERVAÇÕES |
| 01. DIETA LIVRE                                    |     |              |       |                         |             |
| 02. JELCO HIDROLISADO                              |     |              |       |                         |             |
| 03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS     |     |              |       |                         |             |
| 04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS         |     |              |       |                         |             |
| 05. DAPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS           |     |              |       |                         |             |
| 06. IBATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS         |     |              |       |                         |             |
| 07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N) |     |              |       |                         |             |
| 08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA                |     |              |       |                         |             |
| 09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)          |     |              |       |                         |             |
| 10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg        |     |              |       |                         |             |
| 11. CURATIVO                                       |     |              |       |                         |             |
| 12. SSW + CCGG                                     |     |              |       |                         |             |





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
FLORIANO-PI

| NOME   | ALA                            | ENF. OU APT. | LEITO | ORTOPEDIA |
|--|--------------------------------|--------------|-------|-----------|
| <p>NOME <u>Melio de Macedo Junior</u></p> <p>- PRESCRIÇÃO MÉDICA</p> <p>DATA <u>30/05/19</u></p> |                                |              |       |           |
| 01. DIETA LIVRE  | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM        |              |       |           |
| 02. JELCO HIDROLISADO  | HORÁRIO MEDICAÇÃO              |              |       |           |
| 03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS   | OBSERVAÇÕES                    |              |       |           |
| 04. <del>CETACETINATO - 01 AMP IV DE 04 HORAS</del>  | At 20:45h. Sierigado pr        |              |       |           |
| 05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (Suf)   | At 20:40 mmHg pch. segue       |              |       |           |
| 06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS (Suf)  | Orientado, calmo, higiene      |              |       |           |
| 07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (Suf)   | Observando de cirurgia         |              |       |           |
| 08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA  | Ortopedia e Rec. Ana. Clau. de |              |       |           |
| 09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (Suf)  |                                |              |       |           |
| 10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg  |                                |              |       |           |
| 11. CURATIVO   |                                |              |       |           |
| 12. SSVV + CCGG  |                                |              |       |           |



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ**  
**HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES**  
**FLORIANO-PI**

| NOME  | ALA                     | ENF. OU APT. | LEITO   | ORTOPEDIA |
|---|-------------------------|--------------|---|-----------|
| Nome: <u>Helio de Paula</u>                           |                         | 13           | 23  |           |
| DATA <u>31/05/20</u>                                  | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM |              |   |           |
| 01. DIETA LIVRE                                       | HORÁRIO MEDICAÇÃO       |              | OBSERVAÇÕES   |           |
| 02. JELCO HIDROLISADO                                 |                         |              | (da 14:00h às 18:00h, 19:00h, 20:00h, 21:00h, 22:00h) |           |
| 03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS        | 18                      | 06           |   |           |
| 04. GEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (depende)  |                         |              | da 16:00h até 18:00h                                  |           |
| 05. DAPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (depende)    | 04                      | 06           | C. pes. em cabide                                     |           |
| 06. PIRATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS (depende) |                         |              | de a procedimento                                     |           |
| 07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)    | 02                      | 06           | para aspirado (fu                                     |           |
| 08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA                   | 02                      |              | suscetiva de Lda                                      |           |
| 09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)             | 02                      |              | fornando, montado, de                                 |           |
| 10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg           | 02                      |              | Amo com auto de                                       |           |
| 11. CURATIVO  |                         |              | com, tipo patológico                                  |           |
| 12. SSVV + CCGG                                       |                         |              | com, tipo de  |           |
| Cipephlin 1x (sup. 18h)                               |                         |              |   |           |
| On 17:50h, por 35m, admitido                          |                         |              |   |           |
| Por fax tel. fx. Tiberio, além                        |                         |              |   |           |
| de acidente molecular, presidente                     |                         |              |   |           |
| da Mami Guedes. Pi, acompanhado                       |                         |              |   |           |
| do urso Dume. Negro, alim                             |                         |              |   |           |



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
FLORIANO-PI**

| NOME  | ALIA | ENF. OU APT. | LEITO | ORTOPEDI | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM |             |
|---|------|--------------|-------|----------|-------------------------|-------------|
|   |      |              |       |          | HORÁRIO MEDICAÇÃO       | OBSERVAÇÕES |
| NOME <u>Helena Le...</u>  |      |              |       |          |                         |             |
| DATA <u>01/06/18</u>  |      |              |       |          |                         |             |
| - PRESCRIÇÃO MÉDICA   |      |              |       |          |                         |             |
| 01. DIETA LIVRE   |      |              |       |          |                         |             |
| 02. JELCO HIDROLISADO   |      |              |       |          |                         |             |
| 03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS                            | 18   |              |       |          |                         |             |
| 04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS - <u>Chamada</u>               |      | 06           |       |          |                         |             |
| 05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS                                  | 12   | 18           | 24    | 06       |                         |             |
| 06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS - <u>Chamada</u>              |      |              |       |          |                         |             |
| 07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N) //                     |      |              |       |          |                         |             |
| 08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA                                       | 14   |              |       |          |                         |             |
| 09. PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N) //                              |      |              |       |          |                         |             |
| 10. CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg //                            |      |              |       |          |                         |             |
| 11. CURATIVO  |      |              |       |          |                         |             |
| 12. SSW + CCGG  |      |              |       |          |                         |             |
| <u>13 - Cefazolin 1g IV 8/8</u><br><u>14 - 22 06</u><br><u>15 - 22 06</u> |      |              |       |          |                         |             |



Atendimento: E0175872



INTERNADO

Coletado:

Data: 24/05/2019

Paciente: HELIO DE MACEDO E SILVA

Médico(a): ALEXANDRE MAGNO PEREIRA GOMES

Convênio: SUS

Leito: 0110 Enfermaria: 01

Sexo: MASCULINO

Idade: 35 ANOS, 3 MESES, 1 DIA

Impresso: 24/05/2019

**HEMOGRAMA**

Material:

Método:

**ERITROGRAMA**

ERITRÓCITOS

4,46 milhões/mm<sup>3</sup>4,5 a 5,9 milhões/mm<sup>3</sup>

HEMOGLOBINA

13,9 g%

12,0 a 17,5 g%

HEMATÓCRITO

41,6 %

40 a 52 %

VCM

93,27 u<sup>3</sup>80 a 100 u<sup>3</sup>

HCM

31,17 pg

26 a 34 pg

CHCM

33,41 %

31 a 36 %

SERVAÇÕES

**LEUCOGRAMA**

LEUCÓCITOS

16.500 /mm<sup>3</sup>4.500 a 11.000 /mm<sup>3</sup>

MIELÓCITOS

0 %

0

METAMIELÓCITOS

0 %

3

BASTONETES

0 %

0

SEGMENTADOS

85 %

0

BASÓFILOS

0 %

0

EOSINÓFILOS

1 %

0

LINFÓCITOS

11 %

0

MONÓCITOS

2 %

0

LINFÓCITOS ATÍPICOS

0 %

0

CONTAGEM GERAL

100,00

100%

LAQUETAS

244.000 /mm<sup>3</sup>

150.000 a 400.000 /μL

OBSERVAÇÕES

ERITRÓCITOS

OBSERVAÇÃO GERAL: LEUCOCITOSE.

CRBM:6365-RAFAEL DOUGLAS LIMA DE CARVALHO

e diariamente teste de controle de qualidade antes das realizações dos exames Hematologia (Anexo 40) - 2019



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 30/06/2020 09:54:52

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20063009545205800000009996211>

Número do documento: 20063009545205800000009996211

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: HELIO DE MACEDO E SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03563

CONTA: 000000012535-2

---

---

Nr. da Autenticação 76CA58F4B8E3D39F



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190639123 **Cidade:** Manoel Emídio **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HELIO DE MACEDO E SILVA **Data do acidente:** 23/05/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura diafisária da tíbia e fíbula à esquerda.

**Descrição do exame físico:** Ao exame, vítima apresenta limitação leve dos movimentos da flexão dorsal do tornozelo esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico com fixador externo por seis meses. Evoluiu sem intercorrências, alta médica.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 27/01/2020

**Conduta mantida:** Sim

**Observações:** Vítima indenizada anteriormente através de análise médica documental realizada em 19/11/2019. A indenização paga foi referente a uma limitação funcional do membro inferior esquerdo em grau leve. Conduta mantida.

### DANOS

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





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190639123 **Cidade:** Manoel Emídio **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HELIO DE MACEDO E SILVA **Data do acidente:** 23/05/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 16/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE TIBIA E FÍBULA ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSSÍNTESE.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @1. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %   | Em grau leve - 0 %                                   | 0%        | R\$ 0,00              |
| Total   |  |  | 0 %       | R\$ 0,00              |



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0400673/19

Número do Sinistro: 3190639123

Vítima: HELIO DE MACEDO E SILVA

CPF: 934.989.503-04

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 23/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: HELIO DE MACEDO E SILVA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

### 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](http://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: 15/01/2020  
Nome: EDIMAR ALVES DOS SANTOS  
CPF: 748.086.803-00

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020  
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior  
CPF: 066.768.113-24

EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Ozeas Chaves Vieira Junior



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190639123 **Cidade:** Manoel Emídio **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HELIO DE MACEDO E SILVA **Data do acidente:** 23/05/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

### 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 DE TIBIA E FÍBULA ESQUERDA. P2.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSÍNTESE.  
P2,8,11.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                           | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|--|---|---|-----------|--------------------------|
| Perda funcional completa de um dos<br>membros inferiores | 70 %  | Em grau leve - 25 %   | 17,5%     | R\$ 2.362,50             |
| Total  |   |   | 17,5 %    | R\$ 2.362,50             |



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190639123 **Cidade:** Manoel Emídio **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HELIO DE MACEDO E SILVA **Data do acidente:** 23/05/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

### 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 DE TIBIA E FÍBULA ESQUERDA. P2.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSSÍNTESE.  
P2,8,11.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                           | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|--|---|---|-----------|--------------------------|
| Perda funcional completa de um dos<br>membros inferiores | 70 %  | Em grau leve - 25 %   | 17,5%     | R\$ 2.362,50             |
| Total  |   |   | 17,5 %    | R\$ 2.362,50             |





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190639123

Vítima: HELIO DE MACEDO E SILVA

Data do Acidente: 23/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HELIO DE MACEDO E 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

Carta nº 15114108

Pag. 01699/01700 - carta\_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190639123**

**Vítima: HELIO DE MACEDO E SILVA**

**Data do Acidente: 23/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), HELIO DE MACEDO E SILVA**

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\$ 2.362,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **HELIO DE MACEDO E SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000003563**

Conta: **0000012535-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190639123

Vítima: HELIO DE MACEDO E SILVA

Data do Acidente: 23/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), HELIO DE MACEDO E SILVA

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

Pag. 01623/01624 - carta\_02 - INVALIDEZ

00060812



Carta nº 15390038



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 30/06/2020 09:54:52

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20063009545205800000009996211>

Número do documento: 20063009545205800000009996211



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190639123

Vítima: HELIO DE MACEDO E SILVA

Data do Acidente: 23/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HELIO DE MACEDO E SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 27/01/2020, 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

Pag. 00729/00730 - carta\_09 - INVALIDEZ

00070385



Carta nº 15465881



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 934.989.503-04 4 - Nome completo da vítima: HELIO DE MACEDO E SILVA

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

5 - Nome completo: HELIO DE MACEDO E SILVA 6 - CPF: 934.989.503-04  
7 - Profissão: FERREIRO 8 - Endereço: RUA DE TIBÉRIO NONET 9 - Número: 275 10 - Complemento: CPT  
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: MARACÁ EMÍDIO 13 - Estado: PAI 14 - CEP: 64825-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 89 994235886

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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3563 CONTA: 013.12535 2 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo 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 (vai 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Maracá - PI 13-11-19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

02/2019

CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE EXTRATO

25/06/2019 15:37:16  
CONVENIO 000015326  
OPERADOR 00001532

AGENCIA: 3563 - URUCUI  
CONTA: 013 00012535-2  
HELIO DE MACEDO E SILVA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERE

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DA US

DATA VALOR  
05/06

MOVIMENTACAO VALOR  
DIA NIR DOC HISTORICO

SALDO ANTERIOR

Maio

23 230824 DP DIN LOT  
23 230907 COMPRA ELO  
23 231117 COMPRA ELO  
23 231200 COMPRA ELO  
23 231508 COMPRA ELO  
27 271700 DP DIN LOT  
28 281102 COMPRA ELO  
300912 COMPRA ELO  
311027 SAQUE LOT  
302346 COMPRA ELO  
311035 COMPRA ELO

Junho

03 020911 COMPRA ELO  
03 020938 COMPRA ELO  
03 020944 COMPRA ELO  
03 020954 COMPRA ELO  
03 031511 SQ CX AQUI  
05 051722 DP DIN LOT  
11 000000 REM BASICA  
18 000000 REM BASICA  
18 000000 CRED JUROS  
19 190934 SQ CX AQUI  
23 000000 REM BASICA  
23 000000 CRED JUROS  
24 242112 COMPRA ELO  
25/06 251142 COMPRA ELO

RESUMO

SALDO DISPONIVEL  
SALDO BLOQUEADO  
SALDO TOTAL  
SALDO DISPONIVEL C/LIMITE

SAC CAIXA 0800 726 0101 (informações,  
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou  
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br





ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA MILITAR

DOS ENVOLVIDOS

ORGANIZAÇÃO POLICIAL MILITAR

2ª CIA / 39ª BTL

OCORRÊNCIA Nº

070-2019

DADOS GERAIS DO ENVOLVIDO

|   |   |   |   |   |  |   |                                     |
|---|---|---|---|---|--|---|-------------------------------------|
| ENVOLVIDO   | PARTICIPAÇÃO GERAL                                    | <input checked="" type="checkbox"/> COMUNICANTE | <input type="checkbox"/> OFENDIDO                                     | <input type="checkbox"/> A APURAR               | ACIDENTE DE TRÂNSITO                   | <input checked="" type="checkbox"/> CONDUTOR/MOTORISTA                | <input type="checkbox"/> PASSAGEIRO |
|   |   | <input type="checkbox"/> AUTOR DO FATO          | <input type="checkbox"/> TESTEMUNHA                                   | <input type="checkbox"/> PEDESTRE               |  | <input type="checkbox"/> VÍTIMA                                       |                                     |
|   | NOME <u>HELIO DE MACEDO E SILVA</u>                   |   |   |   |  |   |                                     |
|   | NOME DA MÃE <u>MARIA DINA BARREIRA MACEDO E SILVA</u> |   |   | NOME DO PAI <u>PEDRO BARBOSA DA SILVA</u>       |  |   |                                     |
|   | DATA DE NASCIMENTO <u>22/02/1984</u>                  |   | SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | NACIONALIDADE <u>BRASILEIRO</u>                 | NATURAL DE <u>BERTOLÍNIA</u>           |   |                                     |
|   | PROFISSÃO <u>ARMADOR DE FERRO</u>                     |   |   |   | LOCAL DE TRABALHO                      |   |                                     |
|   | ESTADO CIVIL  | <input checked="" type="checkbox"/> SOLTEIRO    | <input type="checkbox"/> CASADO                                       | <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL          | <input type="checkbox"/> VIÚVO         | SS9975  |                                     |
|   |   | <input type="checkbox"/> DIVORCIADO             | <input type="checkbox"/> SEPARADO                                     | <input type="checkbox"/> DESQUITADO             | <input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO |   |                                     |
|   | GRAU DE INSTRUÇÃO                                     | <input type="checkbox"/> NÃO ALFABETIZADO       | <input type="checkbox"/> SEMI ALFABETIZADO                            | <input checked="" type="checkbox"/> FUNDAMENTAL | <input type="checkbox"/> MÉDIO         | SITUAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> COMPLETO                 |                                     |
|   |   | <input type="checkbox"/> SUPERIOR               | <input type="checkbox"/> PÓS-GRADUADO                                 | <input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO          |  | <input type="checkbox"/> INCOMPLETO <input type="checkbox"/> CURSANDO |                                     |
| ALCUNHA   |   |   |   | NOME FALSO                                      |  |   |                                     |
| RENDA MENSAL <input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> 1 S.M. OU MENOS <input type="checkbox"/> 2 A 5 S.M. <input type="checkbox"/> 6 A 10 S.M. <input type="checkbox"/> 11 A 15 S.M. <input type="checkbox"/> MAIS DE 15 S.M. <input type="checkbox"/> NÃO INFORMOU |   |   |   |   |  |   |                                     |
| CPF - NÚMERO <u>934.989.503-04</u>  |   | RG - NÚMERO <u>3843-952</u>                     |   | DATA EMISSÃO <u>30/02/12</u>                    | ÓRGÃO EMISSOR <u>SSP</u>               | UF <u>PI</u>  |                                     |
| CNH - NÚMERO REGISTRO   |   | DATA DE VALIDADE                                |   | UF/PAÍS DE EXPEDIÇÃO                            |  | <input type="checkbox"/> NÃO HABILITADO                               |                                     |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL - CEP  |   | CAIXA POSTAL                                    | TIPO DE LOGRADOURO <u>RUA</u>   | LOGRADOURO <u>DR. TIBÉRIO NUNES</u>             |  |   |                                     |
| NÚMERO <u>295</u>   | COMPLEMENTO   |   | BAIRRO <u>CENTRO</u>  | MUNICÍPIO <u>MANOEL EMÍLIO</u>                  |  |   |                                     |
| ESTADO <u>PIAUÍ</u>   |   | PAÍS <u>BRASIL</u>                              | REFERÊNCIA  |   |  |   |                                     |
| TIPO DE TELEFONE <u>CELULAR</u>   |   | DDD <u>99</u>                                   | NÚMERO <u>469-7149</u>  | RAMAL   | EMAIL                                  |   |                                     |
| ENDEREÇO COMERCIAL - CEP  |   | CAIXA POSTAL                                    | TIPO DE LOGRADOURO  | LOGRADOURO                                      |  |   |                                     |
| NÚMERO  | COMPLEMENTO   |   | BAIRRO  | MUNICÍPIO                                       |  |   |                                     |
| ESTADO  |   | PAÍS  | REFERÊNCIA  |   |  |   |                                     |
| TIPO DE TELEFONE  |   | DDD   | NÚMERO  | RAMAL   | EMAIL                                  |   |                                     |
| CONDIÇÕES FÍSICAS <input type="checkbox"/> SINTOMAS DE EMBRAGUEZ <input type="checkbox"/> SOB EFEITO DE DROGA ILÍCITA <input type="checkbox"/> PROBLEMA CLÍNICO <input type="checkbox"/> PORTADOR DE DEFICIÊNCIA <input type="checkbox"/> PARTURIENTE   |   |   |   |   |  |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> SEM LESÕES <input type="checkbox"/> LESÕES LEVES <input checked="" type="checkbox"/> LESÕES GRAVES OU GRAVÍSSIMAS <input type="checkbox"/> ÓBITO   |   |   |   |   |  |   |                                     |
| BENS QUE PORTAVA CONSIGO (vestuário, objetos, dinheiro, etc.)   |   |   |   |   |  |   |                                     |

DADOS GERAIS DO VEÍCULO (preencher se houver relação com a ocorrência)

|           |   |                        |                              |                                    |                               |                                   |
|-----------|---|------------------------|------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| VEÍCULO   | VEÍCULO <input checked="" type="checkbox"/> V-1 <input type="checkbox"/> V-2 <input type="checkbox"/> V-3 <input type="checkbox"/> V-4 <input type="checkbox"/> V-5 <input type="checkbox"/> V-__ | PLACA <u>OED-6704</u>  |                              | RENAVAM ou CHASSI <u>485097591</u> | ESPÉCIE/TIPO <u>MOTOCICLO</u> | MARCA/MODELO <u>HONDA/XRE 300</u> |
|           | COR PREDOMINANTE <u>VERMELHA</u>  | ANO FABRIL <u>2011</u> | Nº DPVAT <u>032302080375</u> | CATEGORIA                          |                               |                                   |
|           | NOME SEGURADORA   |                        |                              | APÓLICE Nº                         |                               |                                   |
|           | MUNICÍPIO VEÍCULO/UF  |                        |                              | PAÍS                               | MOTIVO VIAGEM                 |                                   |
|           | PROPRIETÁRIO <u>ROBERVAL DOS SANTOS BRITO</u>   |                        |                              |                                    |                               |                                   |
| PROPRIET. | ENDEREÇO  |                        |                              | CPF/CNPJ <u>031.650.053-46</u>     |                               |                                   |
|           | MUNICÍPIO/UF  |                        |                              | CEP                                | TELEFONE                      | NACIONAL                          |
| OUTROS    | USO DO CINTO/CAPACETE? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> IGNORADO   |                        |                              | Nº DE OCUPANTES                    |                               |                                   |
|           | CONDUZIDO PARA  |                        |                              |                                    |                               |                                   |
|           | NOME ESTABELECIMENTO  |                        |                              | TRANSPORTE                         |                               |                                   |



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 30/06/2020 09:54:52

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006300954520580000009996211>

Número do documento: 2006300954520580000009996211



|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <b>PROVIDÊNCIAS</b> (procedimentos realizados: condutor / veículo) |   |  |  |
| EXAME ALCÓOLICO?   | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                   | MEDICÃO  | Nº TÍQUETE ETILÔMETRO/AUTO DE CONSTATAÇÃO  |
| ENCAMINHADO DP?  | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                   | CONDUTOR AUTUADO?  | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO  |
| RECOLHIDA CNH/DP?  | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                   | RECOLHIDO CLA?   | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Nº AIT   |
| GUINCHAMENTO?  | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                   | Nº AUTO RETIRADA   | GUINCHADO POR: <input type="checkbox"/> SEGURADORA <input type="checkbox"/> OPM <input type="checkbox"/> OUTRO |
| NOME EMPRESA GUINCHO   |   | MOTORISTA  |  |
| <b>CARGA</b> (preencher no caso da apreensão)                      |   |  |  |
| TIPO DE CARGA  | Nº DA NOTA FISCAL   | EMPRESA  | <input type="checkbox"/> SEM CARGA   |
| PESO (kg)  | DANOS <input type="checkbox"/> PARCIAL <input type="checkbox"/> TOTAL       | NATUREZA DA CARGA <input type="checkbox"/> PROD. PER. <input type="checkbox"/> PERECÍVEL <input type="checkbox"/> INDIVISÍVEL <input type="checkbox"/> OUTRA |  |
| Nº DA ONU  | POSSUI TACÓGRAFO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |  |  |

### RELATO INDIVIDUAL

|  |                       |           |                           |   |
|--|-----------------------|-----------|---------------------------|---|
| LOCAL  | <i>Miguel Carício</i> | DATA/HORA | <i>19/06/2019, 15:30h</i> | <input type="checkbox"/> TESTEMUNHA COMPROMISSADA |
| <p><i>2. Sofri um acidente de trânsito quando conduzia minha motocicleta XRE 300 cor vermelha placa. OED 6704 quando ia fazer uma curva virada à esquerda e sofrer uma colisão na perna esquerda</i></p> |                       |           |                           |   |
|  |                       |           |                           |   |
|  |                       |           |                           |   |
|  |                       |           |                           |   |
|  |                       |           |                           |   |
|  |                       |           |                           |   |
|  |                       |           |                           |   |

### USO DE ALGEMA

|                              |   |               |   |
|------------------------------|---|---------------|---|
| Este envolvido foi algemado? | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | JUSTIFICATIVA | <input type="checkbox"/> Resistência<br><input type="checkbox"/> Perigo à integridade física própria ou alheia<br><input type="checkbox"/> Fundado receio de fuga |
|------------------------------|---|---------------|---|

### MANIFESTAÇÃO DO OFENDIDO

☐ Declaro o meu interesse em não exercer, neste momento, o direito de representação ou queixa contra o autor do fato, estando ciente, para os fins previstos nos arts. 103 e 38, do Código Penal e Código de Processo Penal, respectivamente, que devo exercer o direito de representação ou de queixa, no prazo de 06 (seis) meses, a contar desta data, sendo certo que meu silêncio, acarretará a extinção de punibilidade, na forma do art. 107, inc. IV, do Código Penal.

|                          |                                |
|--------------------------|--------------------------------|
| ASSINATURA DO ENVOLVIDO: | <i>Helio de macêdo e silva</i> |
|--------------------------|--------------------------------|

### DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO

|  |
|--|
| Eu, _____, Função _____  |
| em _____/_____/_____, no(a) _____ recebi:  |
| <input type="checkbox"/> A pessoa acima qualificada, nas condições físicas e portando os objetos descritos nos campos de qualificação<br><input type="checkbox"/> As coisas apreendidas, registradas no campo "apreensões" deste Boletim de Ocorrência e associada a este envolvido. |
| ASSINATURA   |







ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA MILITAR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

ORGANIZAÇÃO POLICIAL MILITAR

OCORRÊNCIA Nº

2ª CA / 19º BTL

070-2019

|   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL | <input type="checkbox"/> PRISÃO/APREENSÃO | <input type="checkbox"/> TERMO CIRCUNSTANCIADO |
| <input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO    | <input type="checkbox"/> BOA              | <input type="checkbox"/> OUTROS                |

| ESPECIFICAÇÃO | FATO              | COMUNICAÇÃO       | ATENDIMENTO       | FECHAMENTO        |
|---------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| DATA/HORA     | 23/05/2019 13:00h | 19/06/2019 11:30h | 19/06/2019 11:30h | 19/06/2019 11:50h |

1 - FATO

|           |                      |              |
|-----------|----------------------|--------------|
| DESCRIÇÃO | ACIDENTE DE TRANSITO | ENVOLVIDO(S) |
| DESCRIÇÃO |                      | ENVOLVIDO(S) |
| DESCRIÇÃO |                      | ENVOLVIDO(S) |

2 - LOCAL

|            |                |       |   |
|------------|----------------|-------|---|
| LOGRADOURO | Av. 3º DE MAIO | Nº/Km | BAIRRO  |
| MUNICÍPIO  | MANUEL EMÍDIO  | CEP   | PONTO DE REFERÊNCIA (COORDENADAS GEOGRÁFICAS) |
|            | 64875-000      |       | PRACA MATRIZ                                  |

3 - AMBIENTE - ESTABELECIMENTO

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> INTERIOR DO AMBIENTE | <input checked="" type="checkbox"/> VIA PÚBLICA   |
| 1 ATIVIDADE FINANCEIRA                        | <input type="checkbox"/> AGÊNCIA BANCÁRIA <input type="checkbox"/> CAIXA ELETRÔNICO <input type="checkbox"/> POSTO DE ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> CASA DE CÂMBIO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE DE VALOR <input type="checkbox"/> CASA LOTÉICA  |
| 2 ENSINO                                      | <input type="checkbox"/> FEDERAL <input type="checkbox"/> ESTADUAL <input type="checkbox"/> MUNICIPAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR   |
| 3 SAÚDE                                       | <input type="checkbox"/> CLÍNICA <input type="checkbox"/> CONSULTÓRIO <input type="checkbox"/> FARMÁCIA <input type="checkbox"/> HOSPITAL <input type="checkbox"/> POSTO DE SAÚDE <input type="checkbox"/> OUTROS   |
| 4 POSTO DE COMBUSTÍVEL                        | <input type="checkbox"/> POSTO COM LOJA DE CONVENIÊNCIA <input type="checkbox"/> POSTO SEM LOJA DE CONVENIÊNCIA   |
| 5 ASSOCIAÇÃO                                  | <input type="checkbox"/> CLUBE DESPORTIVO <input type="checkbox"/> CLUBE SOCIAL <input type="checkbox"/> CONSELHOS <input type="checkbox"/> DE BAIRRO <input type="checkbox"/> FILANTRÓPICA <input type="checkbox"/> POLÍTICA <input type="checkbox"/> SINDICATO <input type="checkbox"/> COOPERATIVA <input type="checkbox"/> RELIGIOSA (IGREJA/TEMPLO) <input type="checkbox"/> OUTROS  |
| 6 TRANSPORTE                                  | <input type="checkbox"/> AEROPORTO <input type="checkbox"/> PORTO <input type="checkbox"/> TERMINAL URBANO <input type="checkbox"/> TERMINAL RODOVIÁRIO <input type="checkbox"/> TERMINAL FERROVIÁRIO <input type="checkbox"/> DE CARGA <input type="checkbox"/> PONTO DE ÔNIBUS <input type="checkbox"/> PONTO DE TÁXI <input type="checkbox"/> ÔNIBUS <input type="checkbox"/> TÁXI <input type="checkbox"/> MARÍTIMO/FLUVIAL <input type="checkbox"/> OUTROS   |
| 7 VEÍCULO                                     | <input checked="" type="checkbox"/> EM TRÂNSITO <input type="checkbox"/> ESTACIONAMENTO PAGO <input type="checkbox"/> ESTACIONAMENTO OUTROS <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA   |
| 8 RESIDÊNCIA                                  | <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> CONDOMÍNIO DE RESIDÊNCIAS <input type="checkbox"/> APARTAMENTO <input type="checkbox"/> CONDOMÍNIO DE APARTAMENTOS <input type="checkbox"/> QUALIFICAÇÃO <input type="checkbox"/> ABANDONADA <input type="checkbox"/> SEM MORADOR <input type="checkbox"/> MORADOR PRESENTE <input type="checkbox"/> MORADOR AUSENTE <input type="checkbox"/> EM CONSTRUÇÃO  |
| 9 MERCADO                                     | <input type="checkbox"/> MERCEARIA <input type="checkbox"/> SUPERMERCADO <input type="checkbox"/> FEIRA <input type="checkbox"/> AMBULANTE <input type="checkbox"/> ATACADO <input type="checkbox"/> PANIFICADORA   |
| 10 ALIMENTAÇÃO DIVERSÃO                       | <input type="checkbox"/> BAR <input type="checkbox"/> BOLICHE <input type="checkbox"/> CASA SHOW <input type="checkbox"/> CIRCO <input type="checkbox"/> DANCETERIA <input type="checkbox"/> LANCHONETE <input type="checkbox"/> PARQUE DIVERSÃO <input type="checkbox"/> RESTAURANTE <input type="checkbox"/> SORVETERIA <input type="checkbox"/> TEATRO <input type="checkbox"/> LAN HOUSE <input type="checkbox"/> CINEMA <input type="checkbox"/> PRAÇA DESPORTIVA <input type="checkbox"/> CENTRO DE EVENTOS <input type="checkbox"/> OUTROS   |
| 11 COMÉRCIO                                   | <input type="checkbox"/> ARMAS MUNICÃO <input type="checkbox"/> AUTOPEÇAS <input type="checkbox"/> BANCA REVISTA <input type="checkbox"/> BEBIDAS <input type="checkbox"/> CALÇADOS <input type="checkbox"/> ELETROELETRÔNICOS <input type="checkbox"/> INFORMÁTICA <input type="checkbox"/> JOIAS/RELÓGIOS <input type="checkbox"/> MAT. CONSTRUÇÃO <input type="checkbox"/> ESPORTIVO <input type="checkbox"/> PAPELARIA <input type="checkbox"/> VEÍCULOS <input type="checkbox"/> VESTUÁRIO <input type="checkbox"/> VIDEO LOCADORA <input type="checkbox"/> MÓVEIS <input type="checkbox"/> DISTRIBUIDOR DE GÁS <input type="checkbox"/> SHOPPING CENTER <input type="checkbox"/> OUTROS |
| 12 INDÚSTRIA                                  | <input type="checkbox"/> ALIMENTÍCIA <input type="checkbox"/> CERÂMICA <input type="checkbox"/> MADEIREIRA <input type="checkbox"/> METALURGIA <input type="checkbox"/> SIDERÚRGICA <input type="checkbox"/> MOVELEIRA <input type="checkbox"/> PAPELUCELULOSE <input type="checkbox"/> PETROQUÍMICA/QUÍMICA <input type="checkbox"/> AGRINDÚSTRIA <input type="checkbox"/> TÊXTIL <input type="checkbox"/> OUTROS  |
| 13 HOSPEDAGEM                                 | <input type="checkbox"/> HOTEL <input type="checkbox"/> MOTEL <input type="checkbox"/> PENSÃO <input type="checkbox"/> Pousada <input type="checkbox"/> ALBERGUE <input type="checkbox"/> CAMPING   |
| 14 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS                      | <input type="checkbox"/> ESCRITÓRIO <input type="checkbox"/> ESTACIONAMENTO <input type="checkbox"/> CONSERVATÓRIOS/REPAROS <input type="checkbox"/> TRANSPORTADORA <input type="checkbox"/> VIGILÂNCIA/EMPEZA <input type="checkbox"/> CONSTRUTORA <input type="checkbox"/> AGÊNCIA DOS CORREIOS <input type="checkbox"/> OUTROS   |
| 15 ÓRGÃO PÚBLICO                              | <input type="checkbox"/> INTERNACIONAL <input type="checkbox"/> FEDERAL <input type="checkbox"/> ESTADUAL <input type="checkbox"/> MUNICIPAL  |
| 16 OUTROS AMBIENTES                           | <input type="checkbox"/> PRAÇA/PARQUE <input type="checkbox"/> TERRENO BALDIO <input type="checkbox"/> ÁREA DE MATA <input type="checkbox"/> PRAIA <input type="checkbox"/> LAGOA <input type="checkbox"/> OUTROS   |
| HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO                      | <input type="checkbox"/> DIURNO <input type="checkbox"/> NOTURNO <input type="checkbox"/> DIURNONOTURNO <input type="checkbox"/> 24 HORAS   |
| EVENTOS                                       | <input type="checkbox"/> COMPETIÇÃO DESPORTIVA <input type="checkbox"/> COMPETIÇÃO MOTORIZADA <input type="checkbox"/> BENEFICENTE <input type="checkbox"/> COMÍCIO <input type="checkbox"/> EXPOSIÇÃO FEIRA <input type="checkbox"/> FUTEBOL <input type="checkbox"/> FESTA <input type="checkbox"/> GREVE <input type="checkbox"/> INVASÃO <input type="checkbox"/> LEILÃO <input type="checkbox"/> PASSEATA/MANIFESTAÇÃO <input type="checkbox"/> RELIGIOSO <input type="checkbox"/> RODEIO <input type="checkbox"/> SHOW  |
| CIRCULAÇÃO DE VEÍCULOS                        | <input type="checkbox"/> POUCO <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> INTENSO  |
| CIRCULAÇÃO DE PESSOAS                         | <input type="checkbox"/> POUCA <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> INTENSA  |
| ILUMINAÇÃO ARTIFICIAL                         | <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM-POUCA VISIBILIDADE <input type="checkbox"/> SIM-BOA VISIBILIDADE  |
| DESORDEM                                      | <input type="checkbox"/> PICHACÃO <input type="checkbox"/> LIXO NAS RUAS <input type="checkbox"/> TERRENOS BALDIOS <input type="checkbox"/> MÁ CONSERVAÇÃO VIAS <input type="checkbox"/> MÁ CONSERVAÇÃO RESIDÊNCIAS <input type="checkbox"/> CONSTRUÇÕES ILEGAIS <input type="checkbox"/> AMBULANTES ILEGAIS <input type="checkbox"/> UTILIZAÇÃO IRREGULAR DE ESPAÇO PÚBLICO <input type="checkbox"/> CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS   |



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 30/06/2020 09:54:52

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006300954520580000009996211>

Número do documento: 2006300954520580000009996211

Num. 10532805 - Pág. 37

#### 4 - MEIOS EMPREGADOS PARA A EXECUÇÃO DO ILÍCITO

|                                       |  |   |  |  |                                       |
|---------------------------------------|--|---|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ARMA DE FOGO | <input type="checkbox"/> ARMA BRANCA         | <input type="checkbox"/> ARMA SIMULACRO | <input type="checkbox"/> ALAVANCA DE MADEIRA | <input type="checkbox"/> ALAVANCA DE METAL | <input type="checkbox"/> ALICATE      |
| <input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL    | <input type="checkbox"/> CHAVE FALSA (micha) | <input type="checkbox"/> CHAVE DE FENDA | <input type="checkbox"/> EXPLOSIVO           | <input type="checkbox"/> FACÃO             | <input type="checkbox"/> FORÇA FÍSICA |
| <input type="checkbox"/> FOICE        | <input type="checkbox"/> FURADEIRA           | <input type="checkbox"/> MAÇARICO       | <input type="checkbox"/> MACHADO             | <input type="checkbox"/> MARRETA/MARTELO   | <input type="checkbox"/> MOTOCICLETA  |
| <input type="checkbox"/> MOTOSERRA    | <input type="checkbox"/> PICARETA            | <input type="checkbox"/> SERRA          | <input type="checkbox"/> TACO MADEIRA        | <input type="checkbox"/> OUTROS            |                                       |

#### 5 - RELATO POLICIAL DO OCORRIDO (Descrição e conclusão com base nas provas colhidas e nas oitivas realizadas - o que, quando, onde, quem, como e por que)

O Sr. Helio de Moura e Silva veio até este CPM de Manoel Emídio, comunicar que no dia (23/05/2019) por volta das 15:00h sofreu um acidente de trânsito quando trafegava em seu veículo motocicleta HONDA XRE 300, com VERMELHA DE PLACA OED-6704-MANUEL EMÍDIO-PI, o informante afirma que perdeu o controle do veículo ao fazer uma conversão à esquerda vindo a cair da motocicleta ocasionando uma fratura exposta da perna esquerda em seguida foi socorrido pelo SAMU.

#### 6 - DADOS DOS OBJETOS (Número da participação - descrição - quantidade - vínculo com o envolvido)

| PARTICIPAÇÃO DO OBJETO  |             |             |             |                |                |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|----------------|----------------|
| 1 - APREENDIDO          | 2 - FURTADO | 3 - ROUBADO | 4 - PERDIDO | 5 - ENCONTRADO | 6 - RECUPERADO |
|                         |             |             |             |                |                |
|                         |             |             |             |                |                |
|                         |             |             |             |                |                |
|                         |             |             |             |                |                |
|                         |             |             |             |                |                |
|                         |             |             |             |                |                |
|                         |             |             |             |                |                |
|                         |             |             |             |                |                |
|                         |             |             |             |                |                |
| DESTINO DO(S) OBJETO(S) |             |             |             |                |                |

#### 7 - PROVIDÊNCIAS ADOTADAS (Condução a Hospital, Solicitação de Exames Periciais, Juntada de Documentos, etc.)

|  |  |  |
|--|--|--|
| DOCUMENTOS   | <input type="checkbox"/> TERMO DE MANIFESTAÇÃO DO OFENDIDO           | <input type="checkbox"/> TERMO DE COMPROMISSO DE COMPARECIMENTO  |
|  | <input type="checkbox"/> TERMO DE APREENSÃO/DEPÓSITO                 | <input type="checkbox"/> REQUISIÇÃO PARA EXAME DE CORPO DE DELITO DIRETO   |
| FOTOGRAFADO?   | <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | INSTITUTO DE CRIMINALÍSTICA/ IML ESTEVE NO LOCAL? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO |
| A POLÍCIA CIVIL FOI ACIONADA?  | <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | Nome e cargo do responsável:   |
| POLÍCIA CIVIL ESTEVE NO LOCAL?   | <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO |  |
| HOUE DISPARO DE ARMA DE FOGO POR POLICIAIS MILITARES NESTA OCORRÊNCIA? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO QUANTIDADE DE DISPAROS _____ |  |  |
| OUTRAS PROVIDÊNCIAS  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

#### 8 - ATENDENTE DA OCORRÊNCIA

|  |            |
|--|------------|
| POSTO/GRADUAÇÃO, RGPM E NOME DO POLICIAL MILITAR | ASSINATURA |
| CBM - R6PM. 1213914-09 Eduardo Dantas            |            |
|  |            |
|  |            |





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 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 (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3563 CONTA: 013.12535 2 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo 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 (vai 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Proprietário (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

002/2019



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 30/06/2020 09:54:52

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006300954520580000009996211

Número do documento: 2006300954520580000009996211

Num. 10532805 - Pág. 39

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: HELIO DE MACEDO E SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03563

CONTA: 000000012535-2

---

---

Nr. da Autenticação 76CA58F4B8E3D39F





PREFEITURA MUNICIPAL DE MANOEL EMÍDIO - PI  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192  
REGISTRO DE OCORRÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR

DADOS DO PACIENTE

DATA: 23/05/2019

NOME:

SEXO:

MAS

FEM

IDADE:

DATA DE NASCIMENTO:

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA:

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:

- ☒ Acidente de Trânsito ☐ Envenenamento ☐ Queimadura ☐ Ferimento Arma Branca  
☐ Mal Súbito ☐ Urgência Clínica ☐ Choque Elétrico ☐ Transferência  
☐ Agressão Física ☐ Urgência Obstétrica ☐ Queda ☐ Já removido  
☐ Afogamento ☐ Urgência Pediátrica ☐ Tentativa de Suicídio ☐ Falso Chamado  
☐ Picada de animais Peçonhentos ☐ Urgência Psiquiátrica ☐ Ferimento Arma de Fogo ☐ Outros:

ACIDENTE DE TRÂNSITO

EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA

- ☐ Capacete ☐ Cinto ☐ Airbag  
☐ Assento para criança ☐ Nenhum

MEIO DE LOCOMOÇÃO

- ☐ Moto ☐ Automóvel  
☐ Bicicleta  
☐ Outros:

VÍTIMA

- ☐ Condutor ☐ Passageiro  
☐ Pedestre ☐ Ignorado

INDÍCIOS DE INGESTÃO  
DE BEBIDA ALCÓOLICA?

- ☐ Sim ☒ Não  
☐ Ignorado

EXAME FÍSICO

GLASGOW ( )

Abertura Ocular

4 - Espontâneas

3 - Ao chamado

2 - À dor

1 - Não abre

Resposta Verbal

5 - Orientada

4 - Confusa

3 - Resposta

inapropriada

2 - Palavras

Incompreensíveis

1 - Sem resposta

Resposta Motora

6 - Obedece aos comandos

5 - Localiza a dor

4 - Movimento de retirada

3 - Flexão anormal

2 - Extensão anormal

1 - Sem resposta

PUPILAS

- ☐ Isocóricas  
☒ Anisocóricas  
☐ Midriase  
☐ Miose

HEMORRAGIA

- ☐ Ausente  
☒ Mínima  
☐ Moderada  
☐ Intensa

PULSO RADIAL

- ☐ Cheio  
☐ Fino  
☐ Ausente

SINAIS VITAIS

1ª Verificação

2ª Verificação

Hora

P.A.

Pulso

RESPIRAÇÃO

TEMPERATURA

SATURAÇÃO

GLICEMIA

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- ☐ Aspiração ☐ Ventilação Artificial ☐ Imobilização de extremidades  
☐ Oxigênio ☐ Monitorização ☐ Prancha longa  
☐ Hemostasia ☐ Acesso Venoso - Solução ☐ Colar Cervical  
☐ Ass. Obstétrica ☐ Outros:

MEDICAÇÃO ADMINISTRADAS

ENTRADA NO HOSPITAL: CONDIÇÕES DE GRAVIDADE NA ENTRADA

- ☐ Melhorando ☐ Severa Gravidade ☐ Indeterminado  
☐ Piorando ☐ Média Gravidade ☐ Óbito antes do Socorro  
☐ Inalterado ☐ Pequena Gravidade ☐ Óbito antes do transporte  
☒ Coma ☐ Ileso ☐ Óbito no transporte

OBSERVAÇÕES:

HOSPITAL DE DESTINO:

Profissional Receptor do Hospital

COREM 119 3160

EQUIPE DO SAMU





SENHA = 2019 05 23.011532

UNIDADE MISTA DE SAUDE DE MANOEL EMIDIO

CNPJ: 06.554.125/0002-238

AV. PRIMEIRO DE MAIO, 231-CENTRO

CEP: 64875-000- MANOEL EMIDIO-PI

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E TRANSFERENCIA

NOME: Helio de Macedo e Silva IDADE: 35  
DATA: 23/05/19 HORA: 16:30

CASO: CLINICO ( ) TRAUMA (X)

DESCRIÇÃO: Paciente vítima de acidente de moto -  
cicloto de 60 minutos de evolução, deu  
entrada em UBS trazido pela  
SAMU referindo dor e perda de função  
de perna esquerda.

RX de perna esquerda: Evidência  
fratura distal de tíbia e fíbula

HD: Fratura distal de fíbula e tíbia  
esquerda.

CONDUTA IMEDIATA:

PA = 130 x 90 mmHg

( ) SUTURA ( ) IMOBILIZAÇÃO ( ) OBSERVAÇÃO ( ) CURATIVO  
( ) MEDICAMENTOS

1. Descompressão 4 ml/h - 01  
2. Aplicar os A-P (EM)  
3. Traumatol 100 - 2x por dia  
4. Aplicar o A-P (EM)

( ) TRANSFERÊNCIA

X Hospital regional e UBERLÂNDIA

Dr. Pedro A. S. Neto  
MÉDICO ENFERMEIRO







AGESPISA - 06.845.747/0001-27

Nº Documento: 2019115900808

ESCRITÓRIO MANOEL EMIDIO

MATRÍCULA

00590080.8

CLIENTE

HELIO DE MACEDO E SILVA

CPF/CNPJ:

934.989.503-04

VENCIMENTO

26/11/2019

INSCRIÇÃO

059.001.001.0830.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL

RUA DR TIBERIO NUNES, NUM. 295 - CENTRO MANOEL EMIDIO PI 64875-000

FATURA

11/2019-5

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA

LIGADA

ESGOTO

POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

|           |       |           |       |
|-----------|-------|-----------|-------|
| 10/2019 - | 10-30 | 09/2019 - | 10-30 |
| 08/2019 - | 10-30 | 07/2019 - | 10-30 |
| 06/2019 - | 10-30 | 05/2019 - | 10-30 |

|           |                    |               |
|-----------|--------------------|---------------|
| ECONOMIAS | CONS. POR ECONOMIA | COD. AUXILIAR |
| 1         | 10                 | M 30 53210    |

LEITURA

| ANTERIOR   | ATUAL      | (M³) | DIAS | CONSUMO/DIA (M³) |
|------------|------------|------|------|------------------|
| 2426       | 2426       | 10   | 32   | 0,32             |
| 27/09/2019 | 29/10/2019 |      |      |                  |

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR ECONOMIA

VALOR R\$

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

MANUTENÇÃO DE HIDROMETRO

11/2019

10 M3

31,37

1,60

TOTAL

R\$

32,97

DEMONSTRATIVO DE TRIBUTOS

Base de Cálculo: 32,97

IR: 1,58

COPINS: 0,99

CSLL: 0,33

PIS/PASEP: 0,21

CASO O SEU DÉBITO TENHA SIDO PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE ESTE AVISO.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO  
(Decreto nº 5.440 e Portaria 518/MS)

GERÊNCIA REGIONAL: GEN BOM JESUS

Mês/Ano 10/2019

REDE DE DISTRIBUIÇÃO DE ÁGUA

TURBIDEZ (uT)

CLORO

PARÂMETROS (Valores Médios)

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 13/11/2019



MATRÍCULA

00590080.8

INSCRIÇÃO

059.001.001.0830.000

FATURA

11/2019-5

NÃO RECEBER APÓS

29/02/2020

VENCIMENTO

26/11/2019

VALOR R\$

32,97

GRUPO: 30

FIRMA: 1

82610000000-7 32970001310-8 59008081120-1 19000050003-2

VIA AGESPISA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 30/06/2020 09:54:52

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006300954520580000009996211>

Número do documento: 2006300954520580000009996211

Num. 10532805 - Pág. 43

**Fatura Mensal**

|  |                        |  |  |                               |
|--|------------------------|--|--|-------------------------------|
| <b>MATRICULA</b><br>2349863-3  |                        | <b>Hidrometro</b><br>A04N236779            |  | <b>Referência</b><br>OUT/2019 |
| <b>Nome/Razão Social/Endereço</b><br>EDMAR ALVES DOS SANTOS<br>RUA JULIA SOARES, 291A<br>TIBERAO<br>FLORIANO 64806405<br>AG= 167 |                        |  |  |                               |
| <b>Situação</b><br>Água/Esgoto<br>3/1  | <b>Res.</b><br>1       | <b>Categorias de Uso</b><br>Com. Ind. Pub. | <b>Inscrição</b><br>41 8 01 0165 0205-000<br>Dia Consumo |                               |
| <b>Período de Consumo</b><br>30/09/2019  |                        | 30/10/2019                                 |  |                               |
| <b>Histórico de Consumo</b>  |                        | <b>Forma de Faturamento</b>                |  |                               |
| Mês/Ano  | Letras                 | Consumo                                    | 2-HIDROMETRO DANIFICADO                                  |                               |
| 04/19  | 2269                   | 16   | Cód. Responsável   |                               |
| 05/19  | 2285                   | 16   | 907973590  |                               |
| 06/19  | 2301                   | 16   | Código de Tarifa   |                               |
| 07/19  | 2317                   | 16   | 01   |                               |
| 08/19  | 2333                   | 16   | Consumo Médio  |                               |
| 09/19  | 2349                   | 16   | 16   |                               |
| 10/19  |                        | 16   | Consumo Faturado   |                               |
|  |                        | 16   | 16   |                               |
| <b>DESCRIÇÃO DA FATURA</b>   |                        |  |  |                               |
| <b>Cód.</b>  | <b>Nome do Serviço</b> | <b>Valor (R\$)</b>                         |  |                               |
| AGUA   | MANUTENCAO HIDROMETRO  | 66,47                                      |  |                               |
|  |                        | 2,35                                       |  |                               |

**VENCIMENTO** 08/11/2019 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 68,82

AVISO DE DEBITO: CONTAS: 2 VALOR: R\$144,96  
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERA SUSPENSO 30  
DIAS APÓS VENCIMENTO.

| CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PORT. 2014-2011-ME   |          |     |       |           |       |         |                  |
|---|----------|-----|-------|-----------|-------|---------|------------------|
| Parâmetros  | Turbidez | Cor | Cloro | pH        | Ferro | Cálcio  | Escherichia Coli |
| Valor Máximo Permitido  | 5,0      | 15  | 5,0   | 6,0 a 9,5 | 4,3   | Ausente | Ausente          |
| Nº Mínimo de Amostras Exigidas  |          |     |       |           |       |         |                  |
| Nº Amostras Realizadas  |          |     |       |           |       |         |                  |
| Nº Amostras que Atende Legislação   |          |     |       |           |       |         |                  |
| Valor Médio   | 1.01     |     | 0.07  | 7.01      |       | 0.00    | 0.00             |
| <b>Condição</b> PRESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.   |          |     |       |           |       |         |                  |
| <b>Mensagem</b> A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR. EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORES. ESGOTO COLETADO PELA AGES PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL |          |     |       |           |       |         |                  |

|  |  |   |                               |
|--|--|---|-------------------------------|
| <b>AGESPISA</b><br>Águas e Esgotos do Piauí S/A<br>Atendimento ao Consumidor 08000 86 8888 |  | <b>Inscrição</b><br>41 8 01 0165 0205-000 | <b>AG=</b> 167                |
| <b>Res.</b><br>1   | <b>Categorias de Uso</b><br>Com. Ind. Pub. | <b>Matricula</b><br>2349863-3             | <b>Referência</b><br>OUT/2019 |
| <b>VENCIMENTO</b><br>08/11/2019  |  | <b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b><br>68,82       |                               |
| 82630000000-5 68820001822-6 34986331020-8 19000000001-7                                    |  |   |                               |



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 30/06/2020 09:54:52

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006300954520580000009996211

Número do documento: 2006300954520580000009996211



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDNAN ALVES DOS SANTOS  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 748.086.803 100, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
AFÉLIO DE MACÊDO E SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 934.989.503-04  
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDADE da Vítima AFÉLIO DE MACÊDO E SILVA  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 934.989.503 04, 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 JULIA SOARES</u> | Número: <u>291</u>     | Complemento: <u>CASA</u>          |
| Bairro: <u>ITABIRA</u>            | Cidade: <u>ITABIRA</u> | Estado: <u>MG</u>                 |
| E-mail: _____                     | CEP: <u>64806-405</u>  | Tel. (DDD): <u>(34) 994235886</u> |

Local e Data: Flórida 13-11-19

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017





Cirurgia Plástica - Dermatologia - Ortopedia - Otorrinolaringologia - Pediatria  
Psiquiatria - Exames Laboratoriais - Fisioterapia - Psicologia - Raio X Digital


## RELATÓRIO MÉDICO

Relato que o paciente Helio de Macedo e Silva, 35 anos, RG 3843952, CPF 934.989.503-04, foi atendido no Hospital Regional Tibério Nunes na cidade de Floriano – PI no dia 23/05/2019, com prontuário médico de número 193899, vítima de acidente motociclístico devidamente registrado com Boletim de Ocorrência de número 070.2019, com trauma na perna esquerda e exames de imagem evidenciando fratura de tibia, submetido a tratamento cirúrgico. Após a alta evolui com dor e edema aos esforços, limitação de flexo-extensão do tornozelo esquerdo de aproximadamente 30% e diminuição da força muscular do membro inferior esquerdo de aproximadamente 30%. Alta ortopédica.

CID: S-82.2

Floriano – PI

16/12/2019

  
Dr. Felipe Nunes de Almeida  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PI: 4315 / TEOT 14175

AME - Assistência Médica Especializada | Rua Felix Pacheco, 1054, Bairro Manguinha, CEP 64800-150, Floriano - PI  
(89) 3521-2849 / 9 9976-3000 / 9 9443-0660



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.843.952 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/12/12

NOME: HELIO DE MACÊDO E SILVA

FILIAÇÃO: MARIA DIVA BARREIRA MACÊDO E SILVA  
PEDRO BARBOSA DA SILVA

NATURALIDADE: BERTOLÍNIA-PI DATA DE NASCIMENTO 22/02/1984

DOC. ORIGEM: CERT.CASAM. 867 L B-06 F 043  
EXP MANOEL EMIDIO-PI 17/12/03

CPF: 934.989.503-04

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

0003429

HELIO DE MACÊDO E SILVA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR: HELIO DE MACEDO E SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 22/02/1984 Nº REGISTRAÇÃO: 10437761589 D.V.: 067 SEÇÃO: 0006

MUNICÍPIO / UF: MANOEL EMIDIO/PI DATA DE EMISSÃO: 29/02/2000

JUIZ ELEITORAL

Dr. Raimundo José do Macau Barão

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

HELIO DE MACEDO E SILVA

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL

Cartão de uso pessoal e intransferível.  
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Dezembro/2009

CORREIOS

www.correios.com.br

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

CPF

934.989.503-04

HELIO DE MACEDO E SILVA

22/02/1984

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

SUS

TEMA ÚNICO DE SAÚDE

209 8477: 7649 0007

Nome: HELIO DE MACEDO E SILVA

Data de Nascimento: 22/02/1984

Sexo: M

Data de emissão: 02/01/13 09:40

Município de residência: MANOEL EMIDIO

UF: PI



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

LOCAL: EDIMAR ALVES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE + CÓD. EMANIPULAR: 1585662 SSP PZ

CPF: 748.086.803-08 DATA NASCIMENTO: 06/02/1977

PRACÇÃO: SEVERO ALVES DOS SANTOS  
 MARIA ELITE DE S SANTOS

PERMISSÃO: ☒ ACQ: ☒ CAT: ☒

IF REGISTRO: PZ044276038 VIGÊNCIA: 21/11/2020 P. HABILITAÇÃO: 10/01/1998

DESCRIÇÕES

Assinatura do Portador: *Edmar Alves dos Santos*

LOCAL: FLORIANO

DATA DE EMISSÃO: 25/11/2015

1456880861  
 P2316457108

ARACELI SOARES DE SOUZA LOPES  
 DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

DETRAN - PI (PIAUI)

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1235009555

PRIMEIRO PLASTIFICAR 1235009555





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 8020160079678 Nº 012302080175  
CERTIFICADO DE REGISTRO E CANCELAMENTO DE VEÍCULO

VIA - CDD. RENAVAL 1 ANTRC. 2016  
485097591

ROBERVAL DOS SANTOS BRITO

\*\*\*\*\*

CPF / CNPJ 03165005346 PLACA OED-6704

PLACA ANT / UF 9C2ND0910BR223510

PAS/MOTOCICLO/ENHUMA

GASOLINA

HONDA/XRE 300

CAP / POT / CIL

CATEGORIA

PARTE

VERMELHA

002P/291CC

COTA ÚNICA

VENO. COTA ÚNICA

VENO. COTAS

P V A

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO / COTAS

1º IPVA

PREMIO TARIFARIO (R\$)

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

PAGO

OBSERVAÇÕES

R/DOM. CAJUEIRO MOTOS LTDA

MANUEL ENIDIA

DATA 29/4/2016

ARNO MARTINS DO REGO LOPES  
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 012302080175 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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 022 1204

VIA 03165005346

RENAVAL

485097591

HONDA/XRE 300

9C2ND0910BR223510

CPF / CNPJ

EXERCICIO 2016

DATA EMISSÃO 29/4/2016

PLACA OED-6704

ANOS FAB. 2011

09

PREMIO TARIFARIO

VENO. COTA ÚNICA

VENO. COTAS

PREMIO (R\$)

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

DATA DE OUTUBRO

4.15

1.10

292.01

28/04/2016

PAGAMENTO

PARCELADO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO

SEGURO



**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: **3190639123**

Nome do(a) Examinado(a): **HELIO DE MACEDO E SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**R TIBEIRO NUNES, 295 - Manoel Emídio - PI - CEP 64875-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ssp /PI** ] **3843982**

Data e local do acidente: [ **23/05/2019** ] **Zona Urbana de Manoel Emídio**

Data e local do exame: [ **27/01/2020** ] **Bom Jesus** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

*Fratura diafisária da tíbia e fíbula à esquerda.*

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

*Ao exame, vítima apresenta limitação leve dos movimentos da flexão dorsal do tornozelo esquerdo.*

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

*Submetido a tratamento cirúrgico com fixador externo por seis meses. Evoluiu sem intercorrências, alta médica.*

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

*Limitação funcional do tornozelo esquerdo*

**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.**

*Vítima indenizada anteriormente através de análise médica documental realizada em 19/11/2019. A indenização paga  
foi referente a uma limitação funcional do membro inferior esquerdo em grau leve. Conduta mantida.*


Dr. Flávio Pinheiro  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM - PI 2182



Flavio Barbosa Pinheiro - CRM: 2182 - PI



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

- ASL-0400673/19

**Vítima:** HELIO DE MACEDO E SILVA

**CPF:** 934.989.503-04

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 23/05/2019

**Titular do CPF:** HELIO DE MACEDO E  
SILVA

**Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### EDIMAR ALVES DOS SANTOS : 748.086.803-00

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

#### HELIO DE MACEDO E SILVA : 934.989.503-04

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](http://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: 14/11/2019  
Nome: EDIMAR ALVES DOS SANTOS  
CPF: 748.086.803-00

EDIMAR ALVES DOS SANTOS

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2019  
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior  
CPF: 066.768.113-24

Ozeas Chaves Vieira Junior



## CARTA DECLARATÓRIA

Eu, HELIO DE MACEDO E SILVA CPF. 934.989.503-04  
SINISTRO 03190639123, VENHO PEDIR QUE A SEGURADORA, REAVEJA  
MEU CASO, NÃO RECEIO O VALOR INDENIZADO QUE  
FOI 2.362.50 MENOS DE 18% DO VALOR TOTAL 13.500.00  
TENHO LAUDO NOVO QUE CONSTA SEQUELAS DE 30%.  
PELO QUE SEGURADORA MANDE UMA PERICIA MEDICA  
OU REVEJA MEU CASO.

TEL: (89, 99423 5886  
(89, 99434 1465

Manoel. enidio PE 07-01-20

Helio de macedo e Silva



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190639123 **Cidade:** Manoel Emídio **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HELIO DE MACEDO E SILVA **Data do acidente:** 23/05/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura diafisária da tíbia e fíbula à esquerda.

**Descrição do exame físico:** Ao exame, vítima apresenta limitação leve dos movimentos da flexão dorsal do tornozelo esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico com fixador externo por seis meses. Evoluiu sem intercorrências, alta médica.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 27/01/2020

**Conduta mantida:** Sim

**Observações:** Vítima indenizada anteriormente através de análise médica documental realizada em 19/11/2019. A indenização paga foi referente a uma limitação funcional do membro inferior esquerdo em grau leve. Conduta mantida.

**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:** 3190639123 **Cidade:** Manoel Emídio **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HELIO DE MACEDO E SILVA **Data do acidente:** 23/05/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 16/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE TIBIA E FÍBULA ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSSÍNTESE.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @1. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %   | Em grau leve - 0 %                                   | 0%        | R\$ 0,00              |
| Total   |  |  | 0 %       | R\$ 0,00              |



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: Helio de macêdo e Silva  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: solteiro  
Profissão: ferreiro  
Identidade: 3.843.952 CPF: 934.989.503-04  
Endereço: Rua doutor Tibério Nunes nº 293

### PROCURADOR:

Nome: **Edimar Alves dos Santos**  
Nacionalidade: **Brasileiro** Est. Civil: **Casado**  
Profissão: **Autônomo**  
Identidade: **1.585.662 SSP - PI** CPF: **748.086.803-00**  
Endereço: **Rua Projetada nº 291 Floriano - PI**

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Líder dos consórcios DPVAT, bem como perante qualquer Seguradora que faz parte do Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider ( Correios, Sincors, e Corretores), para fins especifico de dar entrada no meu seguro DPVAT de **(INVALIDEZ PERMANENTE)**, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, autorização de pagamento e prestar declarações.

M. emidio 01.07.2019  
Local e data

Helio de macêdo e Silva  
Assinatura do Beneficiário/Vítima  
(reconhecer firma por autenticidade)



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0400673/19

**Vítima:** HELIO DE MACEDO E SILVA

**CPF:** 934.989.503-04

**Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 23/05/2019

**Titular do CPF:** HELIO DE MACEDO E SILVA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### EDIMAR ALVES DOS SANTOS : 748.086.803-00

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

#### HELIO DE MACEDO E SILVA : 934.989.503-04

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](http://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: 14/11/2019  
Nome: EDIMAR ALVES DOS SANTOS  
CPF: 748.086.803-00

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2019  
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior  
CPF: 066.768.113-24

EDIMAR ALVES DOS SANTOS

Ozeas Chaves Vieira Junior

