

Screenshot of a web browser showing a digital court system interface (PJe) and a Microsoft Word document.

The browser tabs include: Controle, Audiência, Upload, Caixa de Entrada, Consulta, WhatsApp, Merge PDF, Sistema, Consulta, PJE, and 0800318-65.2020.8.18.0100.

The main content area shows a list of documents under "JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO" (Case Number: 10532798-CONTESTAÇÃO 01). The list includes:

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

The Microsoft Word document (2730582_CONTESTACAO) displays the logo of "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS" and the text "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE MANOEL EMÍDIO/PI".

The taskbar at the bottom shows icons for various applications including Word, Internet Explorer, and Google Chrome. The system tray indicates the date as 30/06/2020 and the time as 09:55.



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
10532 805	30/06/2020 09:54	<u>PROCESSO ADMINSTRATIVO</u>

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

Nº 20
 DATA: 23/05/2019

DADOS DO PACIENTE

NOME: Hélio de Matos / G. 03
 SEXO: MAS / FEM IDADE: 55 DATA DE NASCIMENTO: 22/02/1984

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA:

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito | <input type="checkbox"/> Envenenamento | <input type="checkbox"/> Queimadura | <input type="checkbox"/> Ferimento Arma Branca |
| <input type="checkbox"/> Mal Súbito | <input type="checkbox"/> Urgência Clínica | <input type="checkbox"/> Choque Elétrico | <input type="checkbox"/> Transferência |
| <input type="checkbox"/> Agressão Física | <input type="checkbox"/> Urgência Obstétrica | <input type="checkbox"/> Queda | <input type="checkbox"/> Já removido |
| <input type="checkbox"/> Afogamento | <input type="checkbox"/> Urgência Pediátrica | <input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio | <input type="checkbox"/> Falso Chamado |
| <input type="checkbox"/> Picada de animais Peçonhentos | <input type="checkbox"/> Urgência Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Ferimento Arma de Fogo | <input type="checkbox"/> Ovíários |

ACIDENTE DE TRÂNSITO

EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA

<input type="checkbox"/> Capacete	<input type="checkbox"/> Cinto	<input type="checkbox"/> Airbag	MEIO DE LOCOMOÇÃO	VÍTIMA	INDÍCIOS DE INGESTÃO DE BEBIDA ALCÓOLICA?
<input type="checkbox"/> Assento para criança	<input type="checkbox"/> Nenhum		<input type="checkbox"/> Moto	<input type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Sim
			<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Passageiro	<input checked="" type="checkbox"/> Não
			<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> Ignorado
			<input type="checkbox"/> Outros:		<input type="checkbox"/> Ignorado

EXAME FÍSICO

GLASGOW ()	Resposta Verbal	Resposta Motora	SINAIS VITAIS	1º Verificação	2º Verificação
Abertura Ocular 4 - Espontânea 3 - Ao chamado	5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Resposta inapropriada	6 - Obedece aos comandos 5 - Localiza a dor 4 - Movimento de retirada	Hora		
2 - À dor	2 - Palavras incompreensíveis	3 - Flexão anormal	P.A.		
1 - Não abre	1 - Sem resposta	2 - Extensão anormal Sem resposta	P脉		
PUPILAS	HEMORRAGIA	PULSO RADIAL	RESPIRAÇÃO	38.30	38.17
<input type="checkbox"/> Isocônicas <input checked="" type="checkbox"/> Anisocônicas <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Miase	<input type="checkbox"/> Ausente <input checked="" type="checkbox"/> Minima <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Intensa	<input type="checkbox"/> Cheio <input checked="" type="checkbox"/> Fino <input type="checkbox"/> Ausente	TEMPERATURA	36.6	36.6
			SATURAÇÃO	97	97
			GLICEMIA	33	33

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- | | | | |
|--|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aspiração | <input type="checkbox"/> Ventilação Artificial | <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades | <input type="checkbox"/> IED |
| <input type="checkbox"/> Oxigênio | <input type="checkbox"/> Monitorização | <input type="checkbox"/> Prancha longa | <input type="checkbox"/> RCP |
| <input type="checkbox"/> Hemostasia | <input type="checkbox"/> Acesso Venoso - Solução | <input type="checkbox"/> Colar Cervical | <input type="checkbox"/> Curativo |
| <input type="checkbox"/> Ass. Obstétrica | <input checked="" type="checkbox"/> D.P.D. | <input type="checkbox"/> Outros: | |

MEDICAÇÃO ADMINISTRADAS:

ENTRADA NO HOSPITAL: CONDIÇÕES DE GRAVIDADE NA ENTRADA

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Melhorando | <input type="checkbox"/> Severa Gravidade | <input type="checkbox"/> Indeterminado |
| <input checked="" type="checkbox"/> Piorando | <input type="checkbox"/> Média Gravidade | <input type="checkbox"/> Óbito antes do Socorro |
| <input type="checkbox"/> Inalterado | <input type="checkbox"/> Pequena Gravidade | <input type="checkbox"/> Óbito antes do transporte |
| <input checked="" type="checkbox"/> Coma | <input type="checkbox"/> Ileso | <input type="checkbox"/> Óbito no transporte |

OBSERVAÇÕES:

HOSPITAL DE DESTINO: H. P. D.

Profissional Receptor do Hospital
 Cognac 1193160

Manoel Emídio

Gilson Lopes

EQUIPE DO SAMU



SENHA = 20190523-011532

UNIDADE MISTA DE SAUDE DE MANOEL EMIDIO

CNPJ: 06.554.125/0002-238

AV. PRIMEIRO DE MAIO, 231-CENTRO

CEP: 64875-000- MANOEL EMIDIÓ-PI

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E TRANSFERENCIA

NOME: Neto de moçambique Salvo IDADE: 35
DATA: 23/05/19 HORA: 16:30

CASO : CLINICO () TRAUMA (X)

Descrição: paciente vítima de acidente de moto-
ciclo de 60 minutos de evolução com
interno em choque VBS trazido pelo
SAMU referindo dor e perco de punho
de perna esquerda.

Rx de ferro esquerdo: Enideno.
Fratura distal de fibula e tibia

HD: Fratura distal de fibula e tibia
esquerda.

CONDUTA IMEDIATA:

PA = 130 x 90 mmHg

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

() MEDICAMENTOS ① - Decamotexeno 4 mg - 01

② - Aftico 0,5% - 10 ml - 01

③ - Afrimodel 10 g - 100 ml - 01

④ - Aftico 0,5% - 10 ml - 01

() TRANSFERÊNCIA

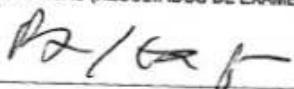
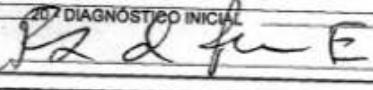
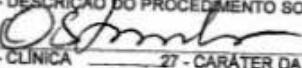
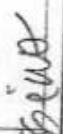
Hospital Regional + Umerio Nunes.

Pedro A. S. Neto

MÉDICO

MÉDICO/ENFERMEIRO



1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE 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) 209847778490007	8 - DATA DE NASCIMENTO 22/02/1984	
9 - SEXO <input checked="" type="checkbox"/> Masc. 1 <input type="checkbox"/> Fem. 2	10 - NOME DA MÃE MARIA DIVA BARREIRA MACEDO E SILVA	
11 - TELEFONE DE CONTATO (89) 9946-08032	12 - ENDEREÇO DR. TIBERIO NUNES, 345 - CENTRO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA MANOEL EMÍDIO	14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 2205904	
	15 - UF PI	
	16 - CEP 64875-000	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNACAO		
		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		
		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL 	21 - CID PRINCIPAL 1582.3	22 - CID SECUNDARIO
23 - CAUSAS ASSOC.		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA ORTOPEDIA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO URGÊNCIA	28 - DOCUMENTO () CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF 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 VIOLENCIAS) 36 - CNPJ DA SEGURADORA 36 - CNPJ EMPRESA HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES MARIA DE FÁTIMA CONF. COM O ORIGINAL DATA 20/06/2019 37 - Nº DO BILHETE 38 - SÉRIE 40 - CNAE EMPRESA 41 - CBOR 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO <input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR OSMUNDO DE MORAES ANDRADE 44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR M220390901 45 - CODIGO () CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF 078.977.823-87 46 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
		



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 - N° DO PRONTUÁRIO 193899
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 209847776490007		8 - DATA DE NASCIMENTO 22/02/1984
10 - NOME DA MÃE MARIA DIVA BARREIRA MACEDO E SILVA		9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 2
12 - ENDEREÇO DR. TIBERIO NUNES, 345 - CENTRO		11 - TELEFONE DE CONTATO (89) 9946-08032
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA MANOEL EMÍDIO		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 2205904
		15 - UF PI
		16 - CEP 64875-000
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Tm - fm E		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO f -		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Rx / fm f -		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Ja d fm E		21 - CID PRINCIPAL 58C.3
		22 - CID SECUNDARIO
		23 - CAUSAS ASSOC.
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Osman		
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26 - CLÍNICA ORTOPEDIA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO URGÊNCIA
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE ALEXANDRE MAGNO PEREIRA GOMES		28 - DOCUMENTO () CNS (x) CPF 93755392372
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 23/05/2019		32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM) Ay
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)		
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO		36 - CNPJ DA SEGURADORA
36 - N° 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 OSMUNDO DE MORAES ANDRADE		AUTORIZAÇÃO 44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR M220390901
45 - DOCUMENTO () CNS (x) CPF 078.977.823-87		46 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
		48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
		49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.



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

Clínica: ORTOPEDIA Enfermaria: 01- OBSERVAÇÃO Leito: 0110 Convênio: SUS

Escolaridade: Médico: 4462 - ALEXANDRE MAGNO PEREIRA GOMES

CPF: 934.989.503-04 RG: 3743952 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

W. J. Ribeiro da Silveira
**Maria Manuelle
 Ribeiro da Silveira
 ASSISTENTE SOCIAL
 CRESS - 0037-SEC
 22º Região / PI**

Resultado	Adm.: / /	Alta: / /
Curado		Removido
Melhorado		Pedido
Inalterado		Evasão
Piorado		Indisciplina
Transferido		

História Clínica

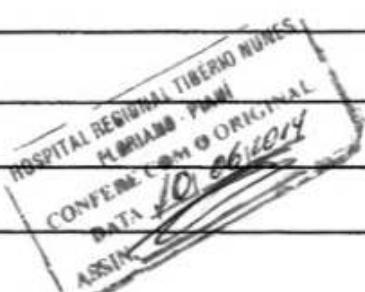
Diagnóstico Provável

Fx & Pne E

ALEXANDRE MAGNO PEREIRA GOMES


Nota sobre a evolução da doença, complicações, consultas, mudança de diagnóstico, condições a serem dadas nas altas, instruções ao paciente devendo toda anotação ser assinada pelo médico.

Data/Hora	
Pacto de confidencialidade	
 Dr. Alexandre Magno CRM-MG-3920 / CRM-PI-4482 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
 HOSPITAL REGIONAL TÍBERO NUNES PLURIAMB - PAMI CONFIDENTIAL & ORIGINAL DATA: 10/06/2014 ASSINADO:	



(89) 3522-1489

Resumo de Alta / Transferência

I074627 -HELIO DE MACEDO E SILVA

Data:23/05/2019 Leito:0110

RESUMO CLÍNICO

Evolução / Intercorrências / Medicações relevantes:

[Handwritten notes about patient evolution, complications, and relevant medications]

Diagnóstico principal: _____

Diagnósticos Secundários: _____

Procedimentos Cirúrgicos

1- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____

Tipo de anestesia / sedação: _____ Data: ____ / ____ / ____

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: Kelvin de Moraes e Silva Reg. Same: _____
Clínica: 03 Fissão extensa de prot. de tibia Sala: 03
Cirurgião: Dr. Alexandre Auxiliar: Dr. João Soárez
Instrumentador: Lindinal Circulante: Rayla / Mariana
Data: 31/05/19 Início: 16h Término: _____ Duracão: _____

MEDICAMENTO DE SALA

Nº	ESPECIFICAÇÃO	LABORATÓRIO	QUANT.	PREÇO UNITÁRIO	SUB-TOTAL
01	ADRENALINA	Bupivacaína	01 amp		
02	ALBUMINA HUMANA				
03	ATROPINA				
04	AGUA DESTILADA				
05	AMPICILINA		03 amp		
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	EFORTEL				
18	ETER ANESTÉSICO				
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	OCTOCINA				
31	PLASIL				
32	PROSTIGIMINE				
33	POMADA OFTALMOLÓGICA				
34	QUELICIM				
35	QUEMICETINA				
36	RINGER-LACTADO				
37	SORO FISIOLÓGICO				
38	SORO GLICOSADO		04 fracion		
39	TRANSAMIN				
40	THONEMBUTAL				
41	VALIUM				

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FEBRÁRIO 2019
CONFECIONADO
DATA: 20/05/2019
ASSINADO:



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 Dhuyne de mendo e Silva,
RESIDENTE E DOMICILIADO À
RUA _____ IDENTIDADE
Nº _____ RESPONSÁVEL PELO PACIENTE
ABAIXO ASSINADO DECLARO:

- AUTORIZO A REALIZAÇÃO DE TRAQUEOSTOMIA, APÓS SER INFORMADO SOBRE A NECESSIDADE DO PROCEDIMENTO, BENEFÍCIOS E POSSIVEIS RISCOS.
- AUTORIZO EM CASO DE INDICAÇÃO MEDICA, 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 ESTENDO CIENTE DA IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO.
- NÃO AUTORIZO A REALIZAÇÃO DE INTUBAÇÃO ENDOTRAQUEAL, MESMO ESTENDO CIENTE DA IMPORTÂNCIA DO PROCEDIMENTO.
- NÃO AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR MESMO COM DETERMINAÇÃO/ENCAMINHAMENTO MÉDICO E CIENTE DOS RISCOS QUE PODEM COMPROMETER Á 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 Á SAÚDE DO PACIENTE.

AUTORIZO A REALIZAÇÃO DA CIRURGIA ASSUMINDO INTEIRA RESPONSABILIDADE.

PACIENTE: _____

RESPONSÁVEL: Dhuyne de mendo e Silva

TESTEMUNHA: _____

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO, PIAUÍ
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 10/06/20
ASSIN. 10/06/20

FLORIANO, 31 DE Maio DE 20 19





**HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA –
CHECK LIST PRE-OPERATÓRIO**

Name do Cliente:	Jélio de Moura e Silva		Date of birth:	2021-02-18
Prontuário:	93899		Enf/Leito:	Reabilitação/Reabilitação
Procedimento Cirúrgico:			Date of Procedure:	2021-05-19
Pulseira de Identificação:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	() Não	Horário SSV:	14:30
Glicemia Capilar:	<input checked="" type="checkbox"/> mg/dl	Acesso Venoso:	<input checked="" type="checkbox"/> Periférico	() Central (especificar local, calibre e nº de dílas) 20
SNG () SNE () Drenos (especificar):			Jejum:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não A partir das:
Avaliação Pré-Anestésica:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Avaliação Cardiológica:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não Utiliza Anticoagulante: <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não Último horário:
Sítio Cirúrgico Demarcado:	<input type="checkbox"/> Sim	() Não	Adornos Retirados:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não Utiliza Prótese Dentária: <input checked="" type="checkbox"/> Sim - Retirada () Não
Higienizado:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	() Não	Triicotomia:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não Camisola, gorro e pro-pés: <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não
Alergias:	<input type="checkbox"/> Sim	Qual:	() Não	Exames essenciais disponíveis: <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não
Antimicrobiano Profilático:	<input type="checkbox"/> Sim	() Não	Horário:	10:00
Prontuário completo com ficha de Internação:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	() Não	Hour of Admission to CC:	10:00
OBSERVAÇÕES:				
Assinatura e carimbo:				
ENFERMEIRO				
TÉCNICO EM ENFERMAGEM				



Hospital Regional "Tibério Nunes"
Floriano - Piauí

Folha de Anestesia

Nome: <u>Melina de Macedo e Silva</u>		Registro:					
Enf.:	Leito:	Apto.:					
Data <u>31-05-19</u>	P. Arterial <u>100</u>	P脉 <u>80</u>	Respiração	Temperatura	Peso	Altura	
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hematinária	Hemoglobina	Hemotórito	Glicemia	Dos. Uréia	
Exame de Urina							
Função Respiratória							
Sistema Circulatório				Eletrocardiograma			
Sistema Respiratório				Assina	Bronquite		
Sistema Digestivo		Sistema Urinário					
Estado Mental		Corticóides	Ataráxicos	Outros			
Diagnóstico Pré-Operatório		Risco					
Pré-Medicação (Agentes e Doses)		Aplicado As:		Efeitos:			
Agentes Anestésicos	Oxigênio 1 2 3					TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDO	Soluto 500 400 Sangue 300 200 Outros 100						
Temperatura T°	C 260 240 220 38 180 160 36 150 140 34 120 100 80 60 32 40 20 30 10					SEQUÊNCIA	
P. Arterial V A Pulso						1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	
Início e Fim Anestesia X							
Início e Fim Operação							
Respiração O							
SÍMBOLO							DURAÇÃO
Técnica: <u>R</u>						Incidentes - Acidentes	
Operação: <u>R</u>							
Cirurgiões: <u>R</u>							
Anestesistas: <u>R</u>						Corticóides pós-oper. imediata	



X Iberio Nunes

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Paciente	<u>Hélio José Roedo Silveira</u>	D.N.	<u>22/02/1984</u>
Data:	<u>31/05/19</u>	Admissão às	<u>16:40</u>
Alergia	<u>Nega</u>	Prontuário	<u>193899</u>
		Procedimento realizado	<u>Linfangiografia de fratura de tibia</u>

OS REFERENTES À ANESTESIA

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

ESTELOGISTA: Dr. Odilon CIRURGÃO: Dr. Gilson Mendes

TIPOS (HORÁRIO DE INÍCIO: _____)

	15'	15'	15'	15'	30'	30'	30'	30'
1	140x64	143x74	145x77	148x85				
0	62bpm	59bpm	65bpm	58bpm				
	99%	98%	99%	99%				
0-10)								
Func.	<u>Arteria Pequena, Artéria Batina, Artéria Rami, Artéria Piflum</u>							

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK		Valor	Adm.	30'	60'	120'	Observação
ade	Capaz de mover os membros	4	2				
a sob o	Capaz de mover 2 membros	1		1	2	2	
ido	Incapaz de mover os membros	0			1		
B	Respira profundamente ou tosse livremente	2		2	2	2	
	Dispneia ou limitação da respiração	1					
	Apnéia	0					
o	PA 20% do nível pré-anestésico	2		2	2	2	
	PA 20-49% do nível anestésico	1					
	PA 50% do nível pré-anestésico	0					
cia	Lúcido, orientado no tempo e espaço	2		2	2	2	
	Desperga se solicitado	1					
	Não responde	0					
de	Maior que 92% respirando em ar ambiente	2		2	2	2	
	Necessita de O ₂ para manter sat O ₂ maior que 90%	1					
	Menor que 90% com O ₂ suplementar	0					
	TOTAL		09	09	09		
	ALTA às :						
	Ass. Médico:						



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓPOLIS**

PRESCRIÇÃO MÉDICA	ATA 23/05/19	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDIA	
					HORÁRIO MEDICAÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
DIETA LIVRE						
JELCO HIDROLISADO						
RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS						
GEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS						
DIPRIRONA 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 (SN)						
CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA						
PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (SN)						
CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg						
CURATIVO						
SSW + CCGG (fazendo protocolo)						



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓPOLIS**

HOME Mahs Madd i She

PREScrição MÉDICA

DATA 29/05/19

DIETALIVRE

JELCO HIDROLISADO

BANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HOBAS

GEFAUHNA-16-014MAYDEGWERE

DIBIBONA 16 - 01 AMB IV DE 6/6 NOBAS (SM)

TH ATU 30MG 01 AMR IN DE 12/12 1108BAS (CIV)

THE ECONOMIC CRISIS IN THE INDUSTRIAL COUNTRIES

THEATRE LIBRARY : VOLUME 31 63% 16 98 MAY

CLEXANE 40MG - U1 AM/F SC TX/DA

PLASIL - U1 AMP IV DE 88 HORAS (S/N)

CAF | UPRLL 23 mg SL se PA > 160x110 mm²

CURRICO

SSW + CCCGG

DATA	PREScriÇÃO MÉDICA	ALTA	ENF. OU APT.	EITO	ORTOPEDIA	
					RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
29/05/11	DIETA LIVRE				HORÁRIO MEDICAÇÃO	
	JELCO HIDROLISADO	1800	0600			
	RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	1800	0600			
	SEFALOTINA 4G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	1800	0600			
	DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (S/N)	1800	0600			
	TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS (S/N)	1800	0600			
	TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)	1200				
	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					
	SSVV + CCGG					



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓPOLIS**

ME	Nome do paciente	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPÉDIA
ITA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			OBSERVAÇÕES
		HORÁRIO MEDICAÇÃO			
	DIETA LIVRE				
	JELCO HIDROLISADO				
	RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	18h	06h		
	CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	(1,0ml)			
	DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS	12h	18h	22h	
	THALIT-20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	(1,0ml)			
	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)				
	CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA	12h			
	PLASIL - 01 AMP IV DE 8/8 HORAS (S/N)				
	CAPTOPRIL 25 mg SL se PA > 160x110 mmHg				
	CURATIVO				
	SSVV + CCGG				



Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
Hospital Regional “Tibério Nunes”

PREScrição MÉDICA

Mod. 312 Frente e Verso :: Prescrição



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

NOME	DATA	PREScriÇÃO MÉDICA	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPED/	
						RELATÓRIO MEDICAÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
01. DIETA LIVRE							
02. JELCO HIDROLISADO							
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS							
04. CEFALOTIN 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS							
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS							
06. TILATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS							
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% 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							

Dr. Felipe Vilela é o autor da prescrição.
ORTOPEDISTA / ORTOPATOLOGISTA
CRM-PI 4015 / TECI: 14773

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓPOLIS**

NOME: <u>Hélio de Souza</u>		ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDI/
PREScriÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			OBSERVAÇÕES
		HORÁRIO MEDICAÇÃO			
01. DIETA LIVRE					
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANTIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		08 NT			
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		20			
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS		18			
06. THIAZIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		20			
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)		20			
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA		1			
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
FLORIANÓ-PI**

NOME DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	ALA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPED/	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
						HORÁRIO MEDICAÇÃO	
01. DIETA LIVRE							
02. JELCO HIDROLISADO							
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS							
04. CLEPOTONINA 01 AMP IV DE 8/8 HORAS							
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS							
06. TILATIL 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. SSVV + CCGG							

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓPOLIS**

NOME	ALIA	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDI/	
				RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO MEDICAÇÃO				
DATA 31/05/					
01. DIETA LIVRE					
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANTIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS	18 06				
04. GEEALOTINA 1G-84AMP IV DE 6/6 HORAS (jornal)	18 06				
05. DIPIRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS (jornal)	24 06				
06. THIATHI-20MG-04AMP IV DE 12/42 HORAS (jornal)	9 06				
07. TRAMAL 100MG + 100ML SF0,9% IV 8/8 HORAS (S/N)	9 06				
08. CLEXANE 40MG - 01 AMP SC 1X/DIA	DNK				
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	22 06				
Captopril 1x1ml BID					



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANÓPOLIS**

NOME		ALAS	ENF. OU APT.	LEITO	ORTOPEDI
DATA		06/06/2015	15	20	
PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
01. DIETÁLIVRE		HORÁRIO MEDICAÇÃO			
02. JELCO HIDROLISADO					
03. RANITIDINA 50MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		18			
04. CEFALOTINA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS			06		
05. DIPRONA 1G - 01 AMP IV DE 6/6 HORAS					
06. THIATIL 20MG - 01 AMP IV DE 12/12 HORAS		12	18	24	06
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. SSVW + CCGG					
13 - Cefalotina 1g IV		14	22	06	
14 - Captopril 25mg SL					



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 ³	4,5 a 5,9 milhões/mm ³
HEMOGLOBINA	13,9 g%	12,0 a 17,5 g%
HEMATÓCRITO	41,6 %	40 a 52 %
VCM	93,27 U ^a	80 a 100 U ^a
HCM	31,17 pg	26 a 34 pg
CHCM	33,41 %	31 a 36 %
SERVAÇÕES		

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	16.500 mm ³	4.500 a 11.000 /mm ³
IELIÓCITOS	0 %	0
METAMIELÓCITOS	0 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
BASTONETES	0 %	0 a 4 % Até 400 /mm ³
SEGMENTADOS	86 %	36 a 66 % 2000 a 7500 /mm ³
BASÓFILOS	0 %	0 a 1 % Até 100 /mm ³
EOSINÓFILOS	1 %	0 a 4 % 100 a 400 /mm ³
LINFÓCITOS	11 %	20 a 40 % 900 a 4400 /mm ³
MONÓCITOS	2 %	2 a 8 % 200 a 800 /mm ³
LINFÓCITOS ATÍPICOS	0 %	
CONTAGEM GERAL	100,00	100%
LAQUETAS	244.000 /mm ³	150.000 a 400.000 /µL
OBSERVAÇÕES		
ERITRÓCITOS		

OBSERVAÇÃO GERAL: LEUCOCITOSE.

CRBM:6369-RAFael Douglas Lima de Oliveira

a diariamente teste de controle de qualidade antes das realizações dos exames Hematologia /Análise Ativa



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

Num. 10532805 - Pág. 22

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



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

Num. 10532805 - Pág. 23

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 tibia 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 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 OSTEOSÍNTESE.

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 DIAGNÓSTICO, 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



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

Num. 10532805 - Pág. 25

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

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

Documentação médica-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 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



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. 26

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 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 - 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 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 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 - 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. 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.

Pag. 01699/01700 - carta_01 - INVALIDEZ

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, contados 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-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15114108



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 30/06/2020 09:54:52
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/list/view.seam?x=20063009545205800000009996211>
Número de documentos: 20063009545205800000009996211

Num. 10532805 Pág. 20



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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: EPIMAR ALVES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). HELIO DE MACEDO E SILVA

Informamos que os pagamentos da inscrição

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidade 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

Atencioamento

Seguradora Líder DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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

Num. 10532805 - Pág. 31



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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: EPIMAR 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

ՀՅՈՒՅՆԻ ՎՐԱՅԻ

Carta n° 15465881



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

Núm. 10532805 - Pág. 32



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:
Hélio de Macêdo 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:	Hélio de Macêdo e Silva		6 - CEP:	534989503-04	
7 - Profissão:	TERRONDE		8 - Endereço:	Rua de Tiberid Nunes	
11 - Bairro:	CENTROS	12 - Cidade:	Mauá	9 - Número:	795
13 - Estado:	SP	14 - CEP:	04825-000	10 - Complemento:	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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 IMI, 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (não nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, *Hélio de Macêdo e Silva*

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

202/2019

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
HELIOS MACEDO E SILVA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERE
DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR 05/05
DATA VALOR

MOVIMENTACAO
DIA NIR DOC HISTORICO VALOR
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
30 300912 COMPRA ELO
31 311027 SAQUE LOT
302346 COMPRA ELO
311035 COMPRA ELO

Junho

03 020911 COMPRA ELO
03 020938 COMPRA ELO
13 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

ORGANIZAÇÃO POLICIAL MILITAR
E-mail 139-BTL

DOS ENOLVIDOS

OCCORRÊNCIA N°
070 2019

DADOS GERAIS DO ENVOLVIDO		DADOS GERAIS DO VEÍCULO			
ENVOLVIDO	<input checked="" type="checkbox"/> PARTICIPAÇÃO GERAL <input type="checkbox"/> COMUNICANTE <input type="checkbox"/> OFENDIDO <input type="checkbox"/> A APURAR <input type="checkbox"/> AUTOR DO FATO <input type="checkbox"/> TESTEMUNHA		<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO <input checked="" type="checkbox"/> CONDUTOR/MOTORISTA <input type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/> PASSAGEIRO <input type="checkbox"/> VITIMA		
	NOME Helio de Macedo e Silva		NOME DO PAI PEDRO BARBOSA DA SILVA		
	NOME DA MÃE Maria Diva Barreira Macedo e Silva		NATURAL DE BERTOLINIA		
	DATA DE NASCIMENTO 22/02/1984 SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		NACIONALIDADE BRASILEIRO	LOCAL DE TRABALHO	
	PROFISSAO ARMADOR DE FERRO				
	ESTADO CIVIL <input checked="" type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO		<input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SEPARADO	<input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL <input type="checkbox"/> DESQUITADO	
	GRAU DE INSTRUÇÃO <input type="checkbox"/> NÃO ALFABETIZADO <input type="checkbox"/> SUPERIOR		<input type="checkbox"/> SEMI ALFABETIZADO <input type="checkbox"/> PÓS-GRADUADO	<input checked="" type="checkbox"/> FUNDAMENTAL <input type="checkbox"/> NÃO INFORMADO	
	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 934.989.503 - 04		RG - NÚMERO 3843-952	DATA EMISSÃO 39/02/12 ORGÃO EMISSOR SSP PI UF PI	
CNH - NÚMERO REGISTRO		DATA DE VALIDADE			
ENDERECO RESIDENCIAL - CEP		CAIXA POSTAL	TIPO DE LOGRADOURO RUA DR. TIBÉRIO ALVES		
NUMERO 295	COMPLEMENTO		BAIRRO CENTRO		
ESTADO PIAUI	PAÍS BRASIL		REFERÊNCIA		
TIPO DE TELEFONE CELULAR	DDD	NUMERO 93469 - 7149	RAMAL		
EMAIL					
ENDERECO COMERCIAL - CEP		CAIXA POSTAL	TIPO DE LOGRADOURO		
NUMERO	COMPLEMENTO		BAIRRO		
ESTADO	PAÍS		REFERÊNCIA		
TIPO DE TELEFONE	DDD	NUMERO -	RAMAL		
EMAIL					
CONDIÇÕES FÍSICAS					
<input type="checkbox"/> SINTOMAS DE EMBRIAGUEZ <input type="checkbox"/> SEM LESÕES <input type="checkbox"/> BOB EFEITO DE DROGA ILÍCITA <input type="checkbox"/> LESÕES LEVES <input checked="" type="checkbox"/> PROBLEMA CLÍNICO <input type="checkbox"/> LESÕES GRAVES OU GRAVÍSSIMAS <input type="checkbox"/> PORTADOR DE DEFICIÊNCIA <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> PARTURIENTE					
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 OED-6704	RENAVAN ou CHASSI 485097591	ESPECIE/TIPO MOTOCICLO	MARCA/MODELO HONDA / XRE 300	
	COR PREDOMINANTE VERMELHA		ANO FABRIC. 2013	Nº DPVAT 032302080175	CATEGORIA
	NOME SEGURADORA				
	MUNICÍPIO VEÍCULO/UF		PAÍS		MOTIVO VIAGEM
	PROPRIETÁRIO ROBERVAL DOS SANTOS BRITO		CPF/CNPJ 031.650.053-46		BAIRRO
	ENDEREÇO				
	MUNICÍPIO/UF	CEP	TELÉFONE		NACIONAL
	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			



PROVIDÊNCIAS (procedimentos realizados: condutor / veículo)					
EXAME ALCÓOLICO?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	MEDIDA	Nº TÍQUETE ETILOMETRO/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/PO?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	RECOLHIDO CLA?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
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		

CARGA (preencher no caso de 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>Herval Cacico</i>	DATA/HORA	<i>19/06/2014, 11:30h</i>	<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA COMPROMISSADA
<p><i>? Sofri um acidente de trânsito quando conduzia meua motocicleta XRE 300 vermelha placa. OEP 6704 quando ia fazer uma curva visava a curva e sofrer uma perda 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 <input type="checkbox"/> Perigo à integridade física própria ou alheia <input type="checkbox"/> Fundado receio de fuga
------------------------------	---	---------------	--

MANIFESTAÇÃO DO OFENDIDO

<p>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.</p>

ASSINATURA DO ENVOLVIDO:

Helio de malciso e silva

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO

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





ESTADO DO PIAUÍ
PÓLICIA MILITAR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

ORGANIZAÇÃO POLICIAL MILITAR
2º Cia / 99º BTL

OCORRÊNCIA N°
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 15:00h	19/06/2019 15:30h	19/06/2019 15:30h	19/06/2019 15:50h

1 - FATO

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

2 - LOCAL

LOGRADOURO	Av. 5º de maio	Nº/Km	BAIRRO	CENTRO
MUNICÍPIO	MANOEL EMÍDIO	CEP 64875-000	POONTO DE REFERÊNCIA (COORDENADAS GEOGRÁFICAS)	PRAÇA MATHIAS

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 LOTERICA
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"/> FARMACIA	<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"/> POLITICA
	<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"/> RESIDÉNCIA		
8 RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> CASA	<input type="checkbox"/> CONDOMÍNIO DE RESIDÊNCIAS		QUALIFICAÇÃO	<input type="checkbox"/> ABANDONADA	<input type="checkbox"/> SEM MORADOR
	<input type="checkbox"/> APARTAMENTO	<input type="checkbox"/> CONDOMÍNIO DE APARTAMENTOS		<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"/> DANÇETERIA	<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 MUNICIÓN	<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"/> VÍDEO 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"/> PAPEL/CELULÓSE	<input type="checkbox"/> PETROQUÍMICA/QUÍMICA	<input type="checkbox"/> AGROINDUSTRIA	<input type="checkbox"/> TÉXTIL	<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"/> ALBERQUE	<input type="checkbox"/> CAMPING
14 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS	<input type="checkbox"/> ESCRITÓRIO	<input type="checkbox"/> ESTACIONAMENTO	<input type="checkbox"/> CONSERVOS/REPASOS	<input type="checkbox"/> TRANSPORTADORA	<input type="checkbox"/> VIGILÂNCIA/IMPÉZA	<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"/> DIURNO/NOTURNO	<input type="checkbox"/> 24 HORAS		
EVENTOS	<input type="checkbox"/> COMPETIÇÃO DESPORTIVA	<input type="checkbox"/> COMPETIÇÃO MOTORIZADA	<input type="checkbox"/> BENEFICIENTE	<input type="checkbox"/> CÓMICO	<input type="checkbox"/> EXPOSIÇÃO FEIRA	<input type="checkbox"/> FUTEBOL
	<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
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-POUCAS VISIBILIDADE	<input type="checkbox"/> SIM-BOA VISIBILIDADE			
DESORDEM	<input type="checkbox"/> PICHAÇÃO	<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	



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 MADERA	<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"/> FORÇA	<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. Mário de Mendoza Silveira veio até este CRM de Manoel Emílio, 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-MANOEL EMÍLIO-PI, o informante afirma que perdeu o controle do veículo ao fazer uma conversão à esquerda, vindo a cair. Da motocicleta caiu também 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 COMPARCIMENTO			
	<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			

HOUVE DISPARO DE ARMA DE FOGO POR POLICIAIS MILITARES NESTA OCORRÊNCIA? SIM NÃO QUANTIDADE DE DISPAROS _____

OUTRAS PROVIDÊNCIAS

8 - ATENDENTE DA OCORRÊNCIA

POSTO/GRADUAÇÃO, RGPM E NOME DO POLICIAL MILITAR	ASSINATURA
OBM - Agpn. 8013914-09 Eduardo J. Costa	





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 HELIO DE MACEDO E SILVA

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:	HELIO DE MACEDO E SILVA		6 - CPE:	934.989.503-04	
7 - Profissão:	TERCEIRO	8 - Endereço:	RUA DE TIBERIO NOMES	9 - Número:	775
11 - Bairro:	CENTRO	12 - Cidade:	MAUROL ENRIQUE	10 - Complemento:	04825-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 89 994.235886				

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:

F.

18 - CRM 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: **03.12535** **2**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 discorde 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? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (nãozcer)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
---	--	--	---	--	--

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

May 13 2019

Helio de macedo esilva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Flávio Soares Coutinho



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



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. 40



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

Nº 20

DADOS DO PACIENTE

DATA: 23/05/2019

NOME: Helio de Souza e Silva

SEXO: MAS FEM IDADE: 35

DATA DE NASCIMENTO:

22/02/1984

ENDERECO DA OCORRÊNCIA:

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito | <input type="checkbox"/> Envenenamento | <input type="checkbox"/> Queimadura | <input type="checkbox"/> Ferimento Arma Branca |
| <input type="checkbox"/> Mal Subit | <input type="checkbox"/> Urgência Clínica | <input type="checkbox"/> Choque Elétrico | <input type="checkbox"/> Transferência |
| <input type="checkbox"/> Agressão Física | <input type="checkbox"/> Urgência Obstétrica | <input type="checkbox"/> Queda | <input type="checkbox"/> Já removido |
| <input type="checkbox"/> Afogamento | <input type="checkbox"/> Urgência Pediátrica | <input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio | <input type="checkbox"/> Falso Chamado |
| <input type="checkbox"/> Picada de animais Peçonhentos | <input type="checkbox"/> Urgência Psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Ferimento Arma de Fogo | <input type="checkbox"/> 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

SINAIS VITAIS

1^o Verificação

2^o Verificação

Hora

P.A.

P脉

PUPILAS

- Isocônicas
 Anisocônicas
 Midriase
 Miose

HEMORRAGIA

- Ausente
 Mínima
 Moderada
 Intensa

PULSO RADIAL

- Cheio
 Fino
 Ausente

RESPIRAÇÃO

138530

TEMPERATURA

38.37

SATURAÇÃO

100%

GLICEMIA

93

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- Aspiração
 Oxigênio
 Hemostasia
 Ass. Obstétrica

11. P.D.

- Ventilação Artificial
 Monitorização
 Acesso Venoso - Solução
 Imobilização de extremidades
 Prancha longa
 Colar Cervical
 Outros:

MEDICAÇÃO ADMINISTRADAS

ENTRADA NO HOSPITAL: CONDIÇÕES DE GRAVIDADE NA ENTRADA

- Melhorando
 Piorando
 Inalterado
 Coma

Severa Gravidade

Média Gravidade

Pequena Gravidade

Ileso

Indeterminado

Óbito antes do Socorro

Óbito antes do transporte

Óbito no transporte

OBSERVAÇÕES:

HOSPITAL DE DESTINO:

Manoel Emídio

Cidreira / Cidreira

Profissional Receptor do Hospital

CODEM 1193160

EQUIPE DO SAMU



SENHA = 20190523.011532

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: Neto de moçambique Sexo: M IDADE: 35
DATA: 23/05/19 HORA: 16:30

CASO : CLINICO () TRAUMA (X)

DESCRIÇÃO: Paciente vítima de acidente de moto -
acidente de 60 minutos de evolução com
intubação em modo VBS trazido pelo
SAMU referindo dor e perda de função
de perna esquerda.

RX de ferro esquerda: Fratura
fratura distal de fibula e placa

HD: Fratura distal de fibula → fibra
esquerda.

CONDUTA IMEDIATA:

PA = 130 x 90 mmHg

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

() MEDICAMENTOS (X)

① - Decolorante - 01

② - Anticoagulante - 01

③ - Ativador do SNC - 01

() TRANSFERÊNCIA

Centro Regional de Saúde Nísia

Dra. Pedro A. S. Neto
MÉDICO / ENFERMEIRO





AGESPISA
Águas e Esgotos do Piauí S/A

Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br
Atendimento ao Consumidor: 08000 86 8888

Fatura Mensal

MATRÍCULA	Hidrômetro	Referência	
2349863-3	A04N236779	OUT/2019	
Nome/Razão Social/Endereço EDMAR ALVES DOS SANTOS RUA JULIA SOARES, 291A TIBERAO FLORIANO 64806405			
AG 167			
Situação Agua/Esgoto	Nº.	Categorias de Uso	Inscrição
3/1	1	Com. Ind. Pub.	41 8 01 0165 0205-000
Período de Consumo			Dias Consumo
30/09/2019 - 30/10/2019			30
Histórico de Consumo			Forma de Faturamento
Mês/Ano	Lentes	Consumo	2-HIDROMETRO DANIFICADO
04/19	2269	16	Cod. Responsável
05/19	2285	16	Código da Tarifa
06/19	2301	16	907973590 01
07/19	2317	16	Consumo Médio
08/19	2333	16	Consumo Rio Água
09/19	2349	16	Consumo Rio Esgoto
10/19		2	Consumo
			Consumo Faturado
			16
DESCRIPÇÃO DA FATURA			Valor (R\$)
Cod.	Nome do Serviço		66,47
AGUA			2,35
MANUTENCAO HIDROMETRO			

VENCIMENTO

08/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

68,82

AVISO DE DEBITO INFATIL CONTAS: 2 VALOR: R\$144,96
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2006 O SERVICO SERA SUSPENSO 30
DIAS APÓS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PORT. 2914-2011-MIC						
Parâmetros	Turbidez	Cor	Cloro	PH	Ferro	Coliforme
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	6,0 a 8,0	0,3	Ausente
Nº Mínimo de Amostras Exigidas						
Nº Amostras Realizadas						
Nº Amostra que Atende Legislação						
Valor Médio	1.01	0.07	7.01		0.00	0.00
Mensagens CONCLUSÃO PRESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA, LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.						

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 COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGES
PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINACAO FINAL

Motivo:

Agente:

AGESPISA
Águas e Esgotos do Piauí S/A
Atendimento ao Consumidor 08000 86 8888

Inscrição

41 8 01 0165 0205-000

AG 167

Matrícula

2349863-3

Referência

OUT/2019

VENCIMENTO

08/11/2019

68,82

82630000000-5 68820001822-6 34986331820-8 19000000001-7





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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pelo exposto, eu EDNAN SOARES
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 748.086.803-100, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
HELIO DE MACEDO E SILVA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 934.989.503-04.
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima HELIO DE MACEDO 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 Julian Soares</u>	Número:	<u>291</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>Jockey</u>	Cidade:	<u>Florianópolis</u>	Estado:	<u>SC</u>
E-mail:				Tel.(DDD):	<u>(49) 999235886</u>

Local e Data:

Flo-Pr 13-11-19

Edn Soares
Assinatura do Declarante





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 motociclistico 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

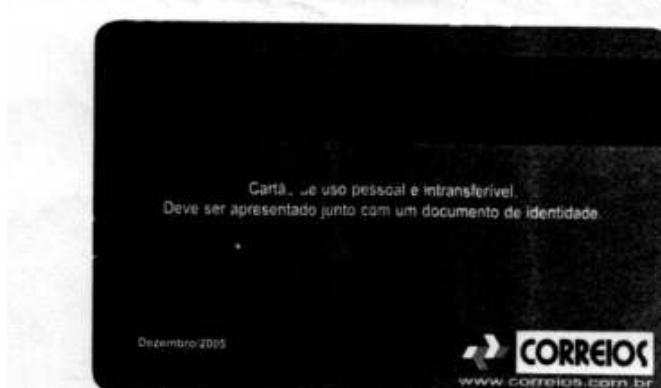

Dr. Felipe Nunes de Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PI: 4315 / TEOT 14175

AME - Assistência Médica Especializada | Rua Felix Pacheco, 1054, Bairro Mangueirinha, CEP 64800-180, 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 MACÉDO E SILVA			
FILIAÇÃO			
MARIA DIVA BARREIRA MACÉDO E SILVA			
PEDRO BARBOSA DA SILVA			
NATURALIDADE	BERTOLÍNIA-PI	DATA DE NASCIMENTO	
DOC. ORIGEM	CERT.CASAM. 867 L B-06 F 043	22/02/1984	
CPF	EXP MANOEL EMIDIO-PI 17/12/03	934.989.503-04	
TERRITÓRIO	LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83		
ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83			



CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

SUS

TEMA ÚNICO DE SAÚDE

209 8477 7649 0007

Name: 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 EMÍDIO

UF: PI





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. 48

PI Nº 012302080175 BILHETE DE SEGURO DPVAT																																														
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.dpvatsegurodotransito.com.br</p>																																														
<p>SAC DPVAT 0800 022 1204</p>																																														
<table border="1"> <tr> <td>V.I.</td> <td>EXERCÍCIO</td> <td>DATA EMISSÃO</td> </tr> <tr> <td>485097521</td> <td>2016</td> <td>29/4/2016</td> </tr> <tr> <td>AND FAB.</td> <td>MARCA / MODELO</td> <td>PLACA</td> </tr> <tr> <td>09</td> <td>HONDA/XRE 300</td> <td>DFD-6704</td> </tr> <tr> <td>CNPJ</td> <td>NR CHASSI</td> <td></td> </tr> <tr> <td>129.03</td> <td>9C2ND0910BR223510</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">PRÉMIO TARIFÁRIO</td> </tr> <tr> <td>FINS (R\$)</td> <td>DEPARTAMENTO (R\$)</td> <td>CUSTO DO SEGURO (R\$)</td> </tr> <tr> <td>14.33</td> <td>143.36</td> <td>143.36</td> </tr> <tr> <td>CUSTO DO BILHETE (R\$)</td> <td>IOP (R\$)</td> <td>TOTAL SEU PREÇO PAGO (R\$)</td> </tr> <tr> <td>4.15</td> <td>1.10</td> <td>292.01</td> </tr> <tr> <td colspan="2">PAGAMENTO</td> <td>DATA DE OUTRAÇÃO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> COTA ÚNICA </td> <td>28/04/2016</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> SEGURADORA LÍDER - DPVAT </td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"> CNPJ 05.328.688/0001-04 www.seguradoralider.com.br </td> <td></td> </tr> </table>		V.I.	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	485097521	2016	29/4/2016	AND FAB.	MARCA / MODELO	PLACA	09	HONDA/XRE 300	DFD-6704	CNPJ	NR CHASSI		129.03	9C2ND0910BR223510		PRÉMIO TARIFÁRIO			FINS (R\$)	DEPARTAMENTO (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	14.33	143.36	143.36	CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOP (R\$)	TOTAL SEU PREÇO PAGO (R\$)	4.15	1.10	292.01	PAGAMENTO		DATA DE OUTRAÇÃO	<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA		28/04/2016	SEGURADORA LÍDER - DPVAT			CNPJ 05.328.688/0001-04 www.seguradoralider.com.br		
V.I.	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO																																												
485097521	2016	29/4/2016																																												
AND FAB.	MARCA / MODELO	PLACA																																												
09	HONDA/XRE 300	DFD-6704																																												
CNPJ	NR CHASSI																																													
129.03	9C2ND0910BR223510																																													
PRÉMIO TARIFÁRIO																																														
FINS (R\$)	DEPARTAMENTO (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)																																												
14.33	143.36	143.36																																												
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOP (R\$)	TOTAL SEU PREÇO PAGO (R\$)																																												
4.15	1.10	292.01																																												
PAGAMENTO		DATA DE OUTRAÇÃO																																												
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA		28/04/2016																																												
SEGURADORA LÍDER - DPVAT																																														
CNPJ 05.328.688/0001-04 www.seguradoralider.com.br																																														



**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 tibia e fibula 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. Nexo 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 (X) 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):

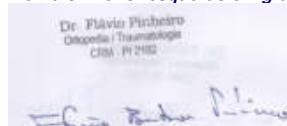
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

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.*



Flávio Barbosa Pinheiro - CRM: 2182 - PI



CARTA DECLARATÓRIA

Eu, HELIO DE MACEDO E SILVA CPF: 934.989.503-04
SINISTRO 03190639623, TENHO PEDIR QUE A SEGURODORA, PEAUJA
MEU CASO, NÃO PREÇO O VALOR INDENIZADO QUE
FOI 2.362,50 MENOS DE 18%. DO VALOR TOTAL 13.500,00
TENHO FAVO NOVO QUE CONSTA SEGUERAS DE 30%
PELO QUE SEGURODORA MERECE UMA PECAS ALIMENTAR
E REVETA MEU CASO.

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

MANDADO - envio P/ 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 tibia 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 %



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 OSTEOSÍNTESE.

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 DIAGNÓSTICO, 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



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. 55

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: Helio de macêdo e Silva
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: sóteiro
Profissão: ferrineiro
Identidade: 3.893.952 CPF: 934 989 503-04
Endereço: Rua doutor Líbio nº 205 (295)

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, Sinceres, e Corretores), para fins específico 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 Beneficiario/Vitima
(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

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 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



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

Num. 10532805 - Pág. 57