

Controle de docum x Audiências x Upload x PJE Consulta processo: x PJE 0808322-68.2020.8.18.0140 x Download file | ilco x WhatsApp x +

Não seguro | tjpj.pje.jus.br/Lg/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=493446&ca=57de32a0c347b3347e6176... ☆

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

PJE ProceComCiv 0808322-68.2020.8.18.0140
J. K. F. A. X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

10654727 - CONTESTAÇÃO (2731405 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 07/07/2020 10:53:37

07 Jul 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 10654714 - CONTESTAÇÃO
 - 10654727 - CONTESTAÇÃO (2731405 CONTESTACAO 01)
 - 10654730 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 10654734 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 10654737 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 10654738 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

10:53

downloadBinario.seam 1 / 12

2731405- CJ/ 2020-02433/ A CLASSIFICAR

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

PROCESSO: 08083226820208180140

prot + proc adm.pdf prot + cont.pdf pa.pdf cont.pdf prot + proc adm.pdf Exibir todos x

PT 10:53 07/07/2020



07/07/2020

Número: **0808322-68.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **27/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
J. K. F. A. (AUTOR)		FERNANDO GUIMARAES ANDRADE (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10654 730	07/07/2020 10:53	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

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: 28/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000109477-6

Nr. da Autenticação 2551BAC8C7CDBD69





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: 3190674913 3 - CPF da vítima: 092.466.433-99 4 - Nome completo da vítima: Jhonathas Kauram Freire Alves

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

5 - Nome completo: Jhonathas Kauram Freire Alves 6 - CPF: 092.466.433-99
7 - Profissão: Recusado-me 8 - Endereço: PI 330 9 - Número: 4320 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Nazária 12 - Cidade: Nazária 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.415-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 86 98821-4516

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: Silvano Alves Batista
18 - CPF do Representante Legal: 453.915.213-00 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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1607 CONTA: 045017 5

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Teresena, 26/12/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





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: 3190674913 3 - CPF da vítima: 092.466.433-99 4 - Nome completo da vítima: Jhonathas Kauan Freire Alves

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

5 - Nome completo: Jhonathas Kauan Freire Alves 6 - CPF: 092.466.433-99
7 - Profissão: Recusado-me 8 - Endereço: PI 330 9 - Número: 4320 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Nazária 12 - Cidade: Nazária 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.415-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (86)

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: Silvano Alves Batista
18 - CPF do Representante Legal: 453.915.213-00 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3607 CONTA: 045017 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Teresina, 26/12/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

11 V002/2019







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: 092.466.433-99 4 - Nome completo da vítima: Jhonathas Kauan Freire Alves

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

5 - Nome completo: Jhonathas Kauan Freire Alves 6 - CPF: 092.466.433-99
7 - Profissão: Recusado - me 8 - Endereço: PI 330 9 - Número: 4320 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Nazária 12 - Cidade: Teresina/NAZÁRIA 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64-45-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 86 98823-4536

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: Silvano Alves Batista
18 - CPF do Representante Legal: 453.915.213-00 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1623 7 CONTA: 34511 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Teresina, 03/12/2019

x Silvano Alves Batista

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

5.001 V002/2019







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: 092.466.433-99 4 - Nome completo da vítima: Jhonathas Kauan Freire Alves

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

5 - Nome completo: Jhonathas Kauan Freire Alves 6 - CPF: 092.466.433-99
7 - Profissão: Recusado - me 8 - Endereço: PI 330 9 - Número: 4320 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Nazária 12 - Cidade: Teresina/NAZÁRIA 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64-45-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 86 98823-4536

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: Silvano Alves Batista
18 - CPF do Representante Legal: 453.915.213-00 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1623 7 CONTA: 34511 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

x Silvano Alves Batista

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

5.001 V002/2019







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: 3190674913 3 - CPF da vítima: 092.466.433-99 4 - Nome completo da vítima: Jhonathas Kawon Friese Alves

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

5 - Nome completo: Jhonathas Kawon Friese Alves 6 - CPF: 092.466.433-99
7 - Profissão: Recusado - me 8 - Endereço: PI 130 9 - Número: 4320 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Nazária 12 - Cidade: Nazária 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.415-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 186198823-4536

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: Silvano Alves Batista 19 - Profissão do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 493.915.213-00

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1606 CONTA: 109477
(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? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

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

40 - Local e Data: Guaxina, 14/03/2020

Silvano Alves Batista
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Jhonathas Kawon Friese Alves
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)



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, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190674913

Vítima: JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES

Data do Acidente: 01/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01983/01984 - carta_25 - INVALIDEZ





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, 01 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190674913

Vítima: JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES

Data do Acidente: 01/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001606

Conta: 00000109477-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00439/00440 - carta_15R - INVALIDEZ





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: 3190674913 Vítima: JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES

Data do Acidente: 01/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00843/00844 - carta_03 - INVALIDEZ

00070422



Carta nº 15186894





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: 3190674913

Vítima: JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES

Data do Acidente: 01/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

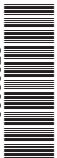
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15188299

Pag. 01849/01850 - carta_01 - INVALIDEZ

00030925





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, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190674913 Vítima: JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES

Data do Acidente: 01/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00927/00928 - carta_03 - INVALIDEZ

00060464



Carta nº 15288946



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431164/19

Vítima: JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES

CPF: 092.466.433-99

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/09/2019

Titular do CPF: JHONATHAS KAWAN
FREIRE ALVES

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

SILVANO ALVES BATISTA : 453.915.213-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES : 092.466.433-99

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: 03/12/2019
Nome: SILVANO ALVES BATISTA
CPF: 453.915.213-00

SILVANO ALVES BATISTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431164/19

Número do Sinistro: 3190674913

Vítima: JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES

CPF: 092.466.433-99

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

Data do acidente: 01/09/2019

Titular do CPF: JHONATHAS KAWAN
FREIRE ALVES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES : 092.466.433-99

Autorização de pagamento

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: 31/12/2019
Nome: JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES
CPF: 092.466.433-99

JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/12/2019
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO





HOSPITAL GERAL DO PROMORAR

Av. Ulisses Guimarães s/n Promorar - Fone: 86 3215 9153
TERESINA-PI CEP: 64075-450 CNPJ: 05.522.917/0028-90

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	JHONATHAS KAMAN FREIRE ALVES			Imp: 01/09/2019 10:17:18
Mãe:	ILDA MARIA FREIRE ALVES			User: POS JA
End.Resid.:	QUADRA 65 LOTE 10 CASA B - PROMORAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-000			Estação: CONSULTORIO1
Nascimento:	02/04/2003	Idade:	16a4m29d	Prontuário: 171132
Responsável:	O MESMO			Sexo: Masculino
Profissão:				Fone: -
G. Instrução:	Superior Completo			CNS: 700006010084606
				Documento: Reg.Nasc:
				E.Civil: Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	469191	Entrada:	01/09/2019 10:01:56	Convênio:	S U S	Proced:	0301060029
Motivo da Procura							
(Conforme Paciente/Acomp):	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE)						
Condução:							

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
NAI ESTAR EM ADULTO	DOR MODERADA	Amarelo
Breve História Clas. Risco:		
REFERE LESÃO COM ESCORIAÇÕES		
NEGA DM, HAS		
NEGA ALERGIAS		
	ODETE MARIA CORINTACIO SANTOS 574330 COREN-PI Em: 01/09/2019 10:05:30	

SSVV:

(Hora: ____ : ____)

Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m2 Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

B : EUPNEICO, TÓRAX EXPANSÍVEL, SEM RETRAÇÕES OU ABAULAMENTOS, AP : MV EM AHT SEM RA, AC ; RCR, 2T,SS, BMF.
C : ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, FULSO 80 BPM, ABDOME : PLANO, DEPRESSÍVEL, INDOLOR A PALPAÇÃO, SEM VSM .
PELVE ESTÁVEL

Diagnóstico Inicial:

CID:

Exames Complementares:

RX DE PUNHO DIREITO E ESQUERDO

Prescrição Médica:

- 1) DIFIRONA 01 AMP + AD, EV AGORA
- 2) VOLTAREN 01 AMP IM AGORA
- 3) MEDIR PA E GLICEMIA
- 4) REAVALIAÇÃO DA CG

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação

DATA:

HORA:

Dr. Pedro Oliveira

CRM - PI 6091

CPM - 71-6091

PEDRO OLIVEIRA DOS SANTOS JUNIOR
crm pi 6091 Em: 01/09/2019 10:17:17





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



Confere com o(a) original e
foi apresentado(a) e dou fe
Em, 14/11/19.

Setor do Arquivo Técnico do HPM
[Assinatura]
Luiz Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN. PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 105198193-2 Mat. 14495-9

NOME DO PACIENTE: Thomathas Kawem prime Alus

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 509976

Obs: Não fornecemos 2ª via.

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMP
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI
CEP 64.014-220
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

Saúde
Secretaria de Estado



Comprovante da alta

<https://fmsteresina.gestorsoluca>

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA	
COMPROVANTE	
Número do Laudo: 238336	Orgão Emissor:
M221100001	
Paciente: JHONATAS KAWAN FREIRE ALVES	
Nascimento: 02/04/2003	
Procedimento:	
0408020407 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA	
EXTREMIDADE METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO	
CID:	
S528 - FRATURA DE OUTRAS PARTES DO ANTEBRACO	
Data da Solicitação: 01/09/2019	Data da
Autorização: 01/09/2019 18:22:50	
AIH.: 2219101868490	
Estabelecimento Executante: HOSPITAL DA POLICIA MILITAR	
DIRCEU ARCOVERDE - HPM	
Autorizador	
Operador:	
Atendimento (Data, Hora): 05/09/2019 11:29:26	

Ednan Soares Coutinho
Ednan Soares Coutinho Reis 1º TEN PM
RGPM 105.188193-2/ Matr. 14.495-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Nº LAUDO: 238336
	AIH: 2219101868490

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR	2679663
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM	2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
	JHONATAS KAWAN FREIRE ALVES	02/04/2003	509976	M
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
		ILDA MARIA FREIRE ALVES	ILDA MARIA FREIRE ALVES	
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)	NUMERO / LOTE		
	QUADRA 65 LOTE 10 CASA B	10		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
PROMORAR		TERESINA	PI	

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL
REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRACO	0408020202

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	CÓDIGO		
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO	0408020407		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	CÓDIGO		
REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DO ANTEBRACO	0408020202		
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	S525		

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PACIENTE COM FRATURA DE TRATAMENTO CONSERVADOR VIÁVEL.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA COUTINHO	
CNS SOLICITANTE	DATA SOLICITAÇÃO
980016004035357	25/09/2019

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
LUIZ EDSON DOS SANTOS COSTA		
CNS AUTORIZADOR	ORGÃO EMISSOR	DATA AUTORIZAÇÃO
980016000055043		25/09/2019 10:13:42

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

Flávio Maciel B. de S. Coutinho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 3102

Luiz Edson dos Santos Costa
Dr. LEANDRO PONCE DE
Lima - Diretor Técnico do HPMP
CRM-PI 2608

Luiz Henrique Soares de Sá
R: PM 142198193-2/ Mai 14495-0
Ass: Setor do Arquivo Técnico

25/09/2019 1



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	H.P.M.	2. CNES	2323451
3. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	H.P.M.	4. CNES	2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5. NOME DO PACIENTE			
J. Noronha Kowen Freire Alves			
6. Nº PROMTUÁRIO	7. CARTÃO NACIONAL SUS	8. DATA NASC	9. SEXO: M/F
504976		02/04/2003	M
10.1 NOME DA MÃE		10.2 NOME DO RESPONSÁVEL	
Zilda Maria Freire Alves			
12.1 ENDEREÇO		12.2 BAIRRO	12.3 COMPLEMENTO
ENDEREÇO LOCAL		BAIRRO LOCAL	COMPLEMENTO LOCAL
11. TELEFONE DE CONTATO	13. MUNICÍPIO	14. IBGE	15. UF
			16. CEP

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18. PROCEDIMENTO PRINCIPAL ANTERIOR / DESCRIÇÃO		19. COD PROCED PRINCIPAL ANTERIOR / DESCRIÇÃO	
TTO CUREL6 DE FRACTURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO		0408020407	
20. MUDANÇA DE PROCEDIMENTO / DESCRIÇÃO		21. CÓDIGO MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	
Red. fract. rádio		0408020202	
26. DIAGNÓSTICO	27. CID 10 PRINCIPAL	28. CID 10 SECUNDÁRIO	28. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
FRACTURA DE Rádio	S52.5		
22. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		24. CNS/CPF	
23. DT SOLICITAÇÃO 04.09.2019		25. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO)	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

30. PROCEDIMENTO PRINCIPAL / DESCRIÇÃO		31. Cód DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
32. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
34. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		35. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
36. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		37. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
38. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40. CNS/CPF	
39. DT SOLICITAÇÃO		41. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO)	

42. JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

+ Trate mulo com curativo local.

AUTORIZAÇÃO

46. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO	
47. DT. AUT		48. CNES/CPF	
02/10/19			
49. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG DO CONSELHO)		50. NOME DO PROFISSIONAL /PARECER CONTROLE DE AVALIAÇÃO / AUDITORIA	
Ass. de Auditoria DRCJA/FMS CRM-PI 1503-CPH-131.785-173-54 CNS 03633596150008		51. DT. AUT	
		52. CNES/CPF	
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:		53. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. DO CONSELHO)	





**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**



Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

238336

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

2 - CNES

2323451

Atendimento

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

4 - CNES

2323451

1063374

Identificação do Paciente

5 - Nome: **JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES**

6 - Prontuário: **509976**

7 - CNS: **700006010084606**

8 - Nascimento: **02/04/2003**

9 - Sexo: **M**

CPF: **092.466.433-99**

11 - Mãe: **ILDA MARIA FREIRE ALVES**

12 - Fone: **86-9.95831744 / 999093684**

13 - Resp: **ILDA MARIA FREIRE ALVES**

14 - Cor: **PARDA**

15 - Ender.: **RAIMUNDO PORTELA DE 63 A 66 QD 0**

PROMORAR

19 - CEP: **64027-150**

Munic: **TERESINA**

17 - Cod. IBGE: **221100**

18 - UF: **PI**

RG: **47189-92**

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

*Fratura no antebraço da
Rx. Faltando*

21 - Condições que justificam a Internação:

Redução no osteotomia

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

Acumula Rx + E. Bico

-Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: **S528**

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C.Ass.: _____

FRATURA DE OUTRAS PARTES DO ANTEBRACO

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

0408020407 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

Tempo SUS
2

29 - Clínica:

POSTO II

30 - Carater.:

02

Ident.:

1

31 - Documento:

CPF

32 Doc. Med. Solic.

16778699841

33 - Nome Profissional / Assistente

LEANDRO PONCE LEAL

34 - Data de Solicitação:

01/09/2019

Riávio Maciel B. de S. Coutinho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 3102

35 - Ass. Carimb. Med. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

38 - () Acidente de Trabalho Trajetado.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - Nº. Bilhete.

41 - Serie

40 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

45 - Vínculo com a Previdência. () Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado.

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização.

48 - Documento

49 - Num. Documento

[Assinatura]
158*73-21 Mai 14495-9
Set. do Arquivo Técnico

Arádo Cruz Mendes
Ass. de Registro ORCA/IMS
CPF: 158*73-21 Mai 14495-9
Set. do Arquivo Técnico

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Ilha Maria Freire Alves

JACQUELINE ALMEIDA
Consultoria Local:
Consultoria SUS:
Impressão 16:29:21





Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL

SIM ☐ NÃO ☐

IDEM OUTROS HOSPITAIS

SIM ☐ NÃO ☐

CLÍNICA

Médico Assistente

Permanência

CLÍNICA

FICHA DE PRONTUÁRIO

01/09/2019

Nome: JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES

Pront.: 509976

Nasc.: 02/04/2003 Sexo: M

Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 1063374

Enfermaria: POSTO II

ENF 214 LEITO

Leito: 214

Pai: SILVANO ALVES BATISTA

Mãe: ILDA MARIA FREIRE ALVES

RG: 4718992

Residência:

RAIMUNDO PORTELA DE 63 A 66 QD 65 L BOMAS DOMORAR

Nr.: 0

Cidade: TERESINA

Cep: 64027150

Telefone: 86 - 995831744

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

Tranquele no antebraço direito
Rx: fratura radio

DIAGNÓSTICO

Provisório:

Fratura radio

CID S528

Principal:

CID

Procedimento:

Redução fac. por radio

Sintomas e Sinais Principais

Causa Médica

Histo - Patológico:

TRATAMENTO

Tipo:

- ☐ Nenhuma
☒ Médico
☐ Cirurgia
☐ Médico Cirúrgico

Terapêutica Médica

red. imobil.
+ pen

Operação

Flávio Maciel B. de S. Coutinho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 3102

Eficácia

- ☐ Nenhuma
☒ Médico
☐ Cirurgia
☐ Médico Cirúrgico

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação
01/09/2019 16:27:45

Data da Alta:

03/09/2019

Data da Hospitalização

1/1

ALTA

Salda

- ☐ Curado
☐ Melhorado
☐ Inalterado
☐ A Pedido
☐ Internação p/ Diagnóstico
☐ Divisão Médica
☐ Por Indisciplina
☐ Evasão
☐ P. Ambulatório

Transferência

- ☐ Fisiologia
☐ Psiquiatria
☐ Outros

Óbito

- ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

THE / /

Assinatura:

Ednan Soares Coutinho
RCPM 105193193-2 / Mat. 14495-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520
CEP: 64014-000 - Teresina - PI CNPJ: 07.444.150/0002-25 - CMC: 035.273.9





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 04 / 09 / 19
Nº DO PRONTUÁRIO: 509976 SALA: 08
CÓD DA CIRURGIA: 0408020345

Descrição da Cirurgia:

Amputação geral, excisão, redução
e confecção do osilopódio

Dr. Márcio B. de S. Coutinho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 3102

Cirurgia: Amputação geral

Cirurgião: Dr. Márcio B. de S. Coutinho

1º Auxiliar: Dr. Márcio B. de S. Coutinho

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador: Kelson

Circulante: Antonia Epilene Dias

COREN-PI 20070710533574900000010108786

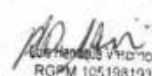
Dr. Márcio B. de S. Coutinho
CRM-PI 3102
RCPM 105198193-21/MAI 14495-9
Cidade: 20 Setor do Arquivo Técnico



Comprovante da alta

<https://fmsteresina.gestorsoluca>

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA COMPROVANTE	
Número do Laudo: 238336 M221100001	Orgão Emissor:
Paciente: JHONATAS KAWAN FREIRE ALVES Nascimento: 02/04/2003	
Procedimento: 0408020407 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO	
CID: S528 - FRATURA DE OUTRAS PARTES DO ANTEBRACO	
Data da Solicitação: 01/09/2019	Data da
Autorização: 01/09/2019 18:22:50	
AIH.: 2219101868490	
Estabelecimento Executante: HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM	
_____ Autorizador	
Operador:	
Atendimento (Data, Hora): 05/09/2019 11:29:26	


Gisele Helena V. de Moraes Reis 1ª TEN PM
RGPM 105198193-2/ Mai 14495-0
Chefe do Setor do Arquivo Técnico





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE ANESTESIA

DN. 02/04/03

DATA: 04/09/19
Nº DO PRONTUÁRIO: 509776 SALA 08
CÓD DA CIRURGIA: 0105020215

NOME: Thomaz Antonio Kawan Freire Alves
PROCEDIMENTO: Redução emendativa de fratura
CIRURGIÃO: Flavio AUX: Huilo ANEST: Sedação
INSTR.: Belson CIRC: Onilene INÍCIO: 14:30 FIM: 14:30 SALA: 08
P.A. F.C. PESO: Hto Glicemia Creatina Respir:

MONITORIZAÇÃO	OXIGENIO	SEQUÊNCIA
1. <u>Propofol 30mg</u>	2. <u>Atar 30mg</u>	3. <u>SF500</u>
SeO ₂ (%)		
E.C.G.		
EpO ₂ (mmHg)		
DIURESE (ml)		

Técnica Anestésica: Sedação 1+2

Comentários Adicionais: A rpa em fratura

MONITORIZAÇÃO	ECG	Oxímetro
☒ PAM	☒ Capnógrafo	☐ PVC
☒ PNI	☐	☐
Guia	Tempo	Tempo
Drácula	3	
N ₂ O		
Ar Misto		

Medicamentos Utilizados											
Adrenalina	Amp	Dolantina	Amp	Midazolam	Fr	Propofol	ml	Amp			
Água dest. 10ml	Amp	Droperidol	Amp	Metronidazol	Fr	Ranitidina	Amp				
Atropina	Amp	Efortil	Amp	Neocaina Pao 0.5%	Amp	Quelidol	Amp				
Bextra	Amp	Efredim	Amp	Narcen	Amp	Quetamina	ml				
Bromoprida	Amp	Enflurano	ml	Novabup 0.5%	Fr	Remifentanil	Fr				
Cefazolina 1g	Fr	Fentanil	ml	Nubain	Amp	Ringer-lactado	Fr				
Cefatolina	Fr	Fentanil (S/C)	Amp	Neocaina % V	Fr	S. Fisiológico 0.9%	ml	Fr			
Ciprofloxacina	Fr	Holotano	ml	Neocaina 0.5% Isobar	Amp	S. Glicosado 5%	ml	Fr			
Clonidin	Amp	Hidrocortisona	ml	Neostigmina	Amp	Scalp n°	Und				
Colóide ()	Fr	Isoturano	ml	Omeprazol	Fr	Tracur	Amp				
Dexametazona	Amp	Jalco n°	Und	Ondasetrona	Amp	Titul	Fr				
Diazepam	Amp	Lidocaina % V	Fr	Pallao Cel	Fr	Tiopental	Fr				
Dimorf	mg	Metaclopramida	Amp	Pancurônio	Amp						
Dipirona	Amp	Manitol	Fr	Profenid	Fr						

Anestesista-CRM
[Assinatura]



09/09/2019

telelaudos.tempsite.ws/sistema_laudos/fmmlaudoiimprime.asp?yopcao=L&yla_cdla=164922&yypa_cdpac=49083&yla_sqlau=66681



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Nº ORDEM.....: 164922

NOME.....: JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES

MÉDICO SOLIC: FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA
COUTINHO

DATA LAUDO....: 08/09/2019

CONVÊNIO: INTERNO

DATA REALIZ: 05/09/2019

IDADE: 16 anos

CRM: 3102-PI

CÓDIGO: 49083

RX ANTEBRAÇO DIREITO

O estudo radiológico do antebraço, realizado incidência ântero-posterior, demonstra:

- Fratura transversa no terço distal do rádio minimamente desalinhada.
- Aumento de volume e da densidade de partes moles.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura no antebraço.

Aumento de volume e densidade de partes moles.

IVAN FONTENELE GOMES
CRM 2426-PI
CRM

Carla Henriques Vitor Carlos Reis 1ª TEN PM
R.O.P.M. 105198193-2/ Mai 14495-9
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

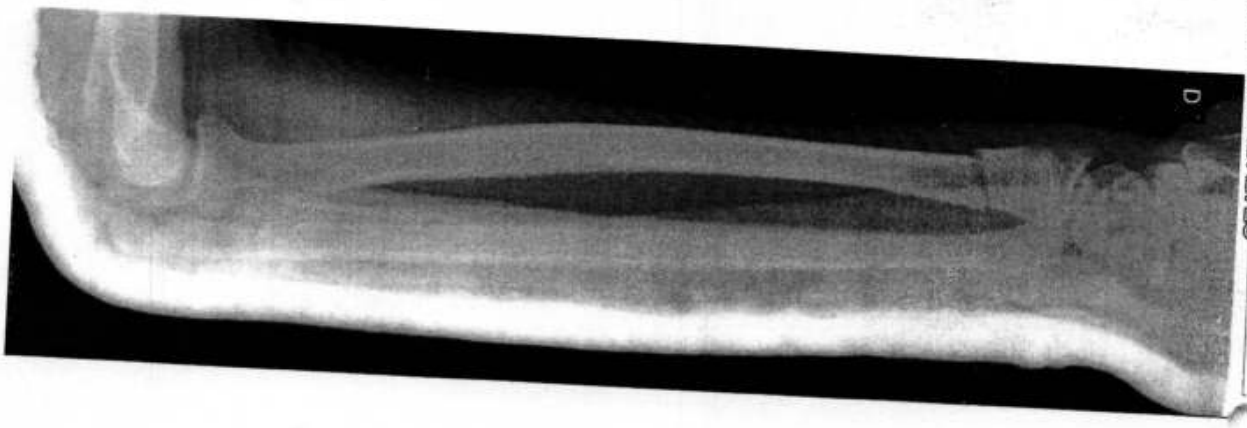
telelaudos.tempsite.ws/sistema_laudos/fmmlaudoiimprime.asp?yopcao=L&yla_cdla=164922&yypa_cdpac=49083&yla_sqlau=66681&vflr=...



ID: 164922
Paciente: JHONATHAS KAYAN FREIRE ALVES
Idade: 016Y
Sexo: M

HPM

Hor: 08:37
Exame: 05/09/2019



[Handwritten Signature]
Luis Henrique Junior dos Reis - 1º TEN PM
RGPM 105188193-2 / Mat. 14485-9
Folha do Setor do Arquivo Técnico





POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 164318
PACIENTE: JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES
NOME DA MÃE: ILDA MARIA FREIRE ALVES
DATA DO NASCIMENTO: 02/04/2003
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 02/09/2019
DATA DO LAUDO: 10/09/2019
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Achados:

Fratura completa, oblíqua, desalinhada, localizada na região metafisária distal do rádio.
Avulsão do processo estilóide ulnar.
Aumento do volume e da densidade das partes moles do punho.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura completa, oblíqua, desalinhada, localizada na região metafisária distal do rádio.
Avulsão do processo estilóide ulnar.
Aumento do volume e da densidade das partes moles do punho.

Av. Higino Cunha, 1642 - Jilcrista - Teresina/PI
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25


Dra. Liege de Sampaio
CRM-PI-4173
LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO
CRM: 4173

Telefone: (86) 3227-6265
Fax: (86) 3216-1520

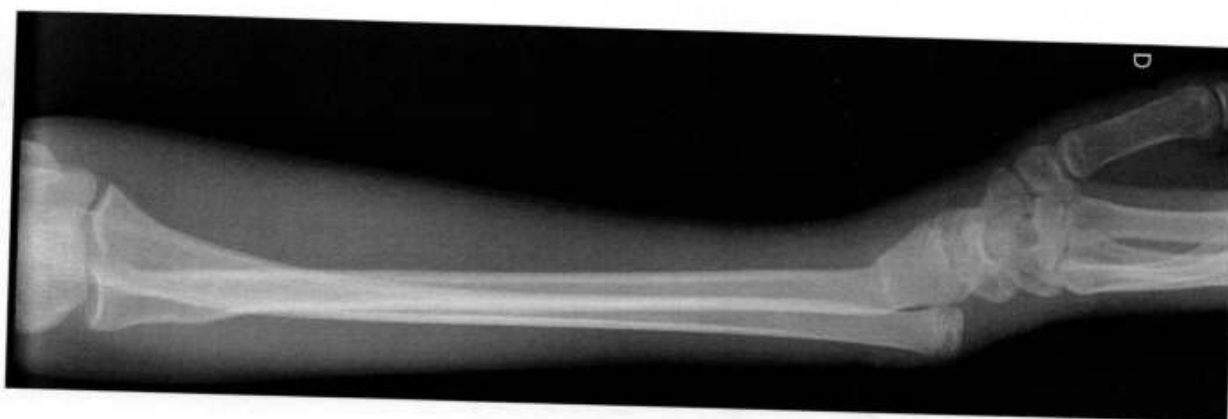
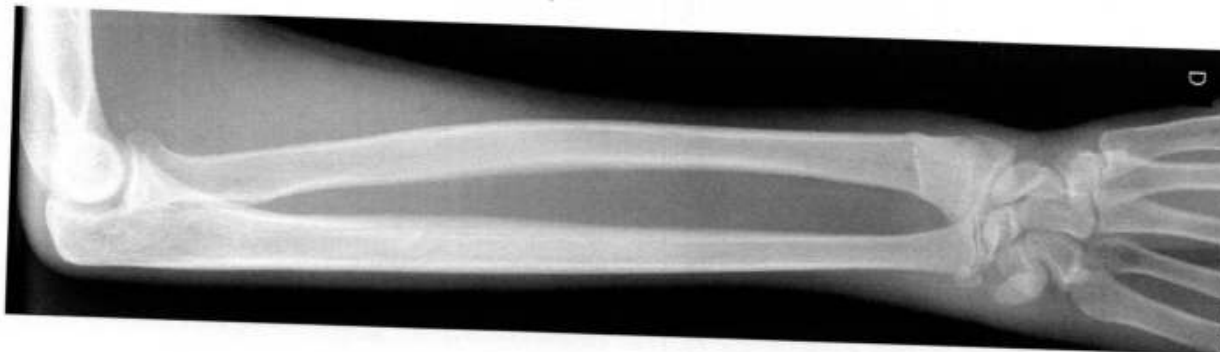
Ednan Soares Coutinho
RCPM 05.193193-21 Mai 14495-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico



ID: 164318
Paciente: JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES
Idade: 016y
Sexo: M

HIPM

Hora: 08:24
Exame: 02/09/2019



[Handwritten Signature]
Flávia Henrique F. dos Santos Reis 1ª TEN PM
RGPM 305.198.193-2/ Matr. 14495-9
Chefe do Setor do Arquivo Teórico





POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 164974
PACIENTE: JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES
NOME DA MÃE: ILDA MARIA FREIRE ALVES
DATA DO NASCIMENTO: 02/04/2003
MÉDICO SOLICITANTE: CRM
DATA DA REALIZAÇÃO: 05/09/2019
DATA DO LAUDO: 10/09/2019
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO ANTEBRAÇO DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Traços de fratura diafisária no terço distal do rádio, sem desalinhamento ósseo importante.
Discreto traço radioluciente acometendo o processo estilóide da ulna, podendo corresponder a traço de fratura.
Espessamento e densificação de partes moles adjacentes, sugerindo edema.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

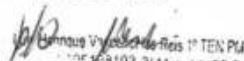
Traços de fratura diafisária no terço distal do rádio, sem desalinhamento ósseo importante.
Discreto traço radioluciente acometendo o processo estilóide da ulna, podendo corresponder a traço de fratura.
Espessamento e densificação de partes moles adjacentes, sugerindo edema.


Dr. Manoel Messias P. de Sousa
MÉDICO RADIOLOGISTA - CBR
CRM-PI 2869 - RQE 3048

MANOEL MESSIAS PEREIRA DE SOUSA ✓
CRM: 2869

Av. Ildefonso Cunha, 1642 - Ilhotas - Teresina-PI
CEP 64011-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

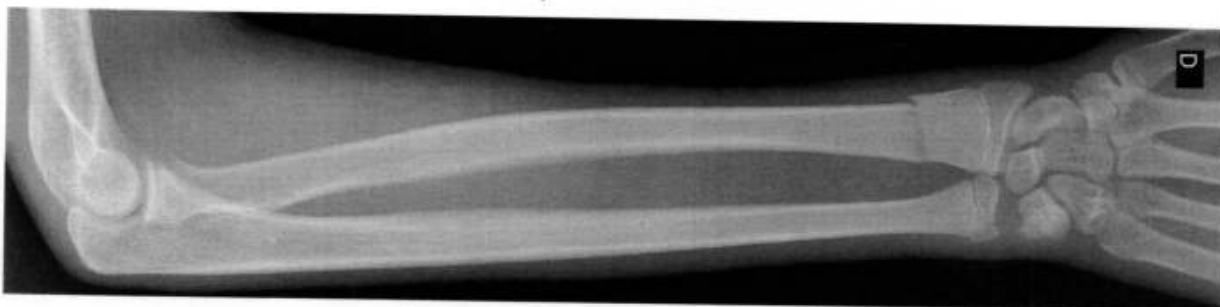
Telefone: (86) 3227-6265
Fax (86) 3216-1520


Bomfim Vitorino de Azevedo 1º TEN PM
CPF 368193-21 Mat. 14495-9
Setor de Arquivo Técnico



ID: 104974
Paciente: JHONATHAS KAMAM FREIRE ALVES
Idade: 016y
Sexo: M

HPM



HPM
Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 07/07/2020 10:53:36
RTPM 105103193-27 Min. 14495-9
Setor de Arquivo Técnico



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431164/19

Número do Sinistro: 3190674913

Vítima: JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES

CPF: 092.466.433-99

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/09/2019

Titular do CPF: JHONATHAS KAWAN
FREIRE ALVES

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES : 092.466.433-99

Autorização de pagamento

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: 26/12/2019
Nome: JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES
CPF: 092.466.433-99

JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2019
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190674913 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES **Data do acidente:** 01/09/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO. P 11

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - REDUÇÃO + TALA. ALTA.
P 1/8/10/13

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO DIREITO.

**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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PROVIDOR PLASTIFICAD
1294869712

**VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS**
1294869712

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

NOME
SILVANO ALVES BATISTA

RG
1157105 SUP 72

CPF
453.919.213-00

DATA NASCIMENTO
04/11/1971

RAÇÃO
BALTIMIRO VILALMIRO
BATISTA
MARIA DE JESUS DA
SILVA BATISTA

PROBADO
N

CC
N

CRIME
N

VALIDADE
08/08/2021

PRIMEIRO
30/06/1991

LOCAL
TEREOSTIA

DATA DE EXAME
12/08/2016

78144623000
221317394578

DETRAN/PI (201401)

Silvano Alves Batista







GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI



BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 011114/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 19/11/2019 15:34 Data/Hora Fim: 19/11/2019 15:52
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 01/09/2019 09:30

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Logradouro: av. henri wall de carvalho

Bairro: Angelim

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JHONATHAS KAWAN FREIRE ALVES (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PI - Teresina Sexo: Masculino Nasc: 02/04/2003
Profissão: Estudante
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Ilda Maria Freire Alves

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: quadra 65, lote 10, casa b
Bairro: promorar

Nome Civil: SILVANO ALVES BATISTA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PI - Palmeiras Sexo: Masculino Nasc: 04/11/1971
Profissão: Comerciante
Nome da Mãe: Maria de Jesus da Silva Batista

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: quadra 65, lote 10, casa b
Bairro: promorar

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Teresina - PI



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos
Data de Impressão: 19/11/2019 15:52
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 011114/2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Veículo Adulterado? Não Quantidade 1 Unidade
Situação Meio Empregado

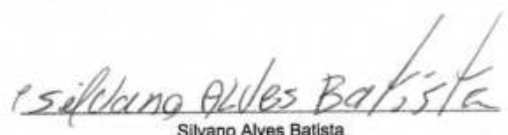
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

relata o noticiante que a vítima estava atravessando a avenida citada, quando foi atropelado por uma moto não identificada, onde o mesmo foi lesionado, socorrido por Carlos Augusto de Sousa, encaminhado para a UPA do promotor, posteriormente para o hospital da polícia militar. informações prestada pelo noticiante.

ASSINATURAS


Almiralce Ribeiro Lebre Carlos
escrivão
Matrícula 0097816
Responsável pelo Atendimento


Silvano Alves Batista
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima assertadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos
Data de Impressão: 19/11/2019 15:52
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





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: 092.466.433-99 4 - Nome completo da vítima: Jhonathas Kawan Freire Alves

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

5 - Nome completo: Jhonathas Kawan Freire Alves 6 - CPF: 092.466.433-99
7 - Profissão: Recusado - me 8 - Endereço: PI 130 9 - Número: 4320 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Nazária 12 - Cidade: Teresina/NAZÁRIA 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64-45-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 86 98823-4536

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: Silvano Alves Batista
18 - CPF do Representante Legal: 453.915.213-00 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1623 7 CONTA: 34511 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

x Silvano Alves Batista

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

5.001 V002/2019

