

Controle de docum x Audiências x Upload x PJ Consultar processo: x PJ 0800132-20.2020.8.18.0075 x Merge PDF files on x WhatsApp x +

Não seguro | tjpj.pje.jus.br/Lg/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=470690&ca=5a896eb6cbb7835eb4162d... | Apps | Processo Virtual Na... | Administrativos | Portal do Advogado | Google | Nova guia | Meu INSS | [bb.com.br] | Zimbra: Movimenta... | PJE 1º | Publicações

PJE ProceComCiv 0800132-20.2020.8.18.0075
JOSE RODRIGUES DE BARROS X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEG...

11078031 - CONTESTAÇÃO (2738367 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 31/07/2020 10:19:47

31 Jul 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 11078030 - CONTESTAÇÃO
 - 11078031 - CONTESTAÇÃO (2738367 CONTESTACAO 01)
 - 11078034 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 11078035 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 11078036 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 11078041 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 9

2738367- CS/ 2020-02728/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SIMPLICIO MENDES/PI

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

PT 10:19 31/07/2020



Número: **0800132-20.2020.8.18.0075**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Simplicio Mendes**

Última distribuição : **03/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE RODRIGUES DE BARROS (AUTOR)		CONCEICAO DE MARIA RODRIGUES E SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11078034	31/07/2020 10:19	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



HOSPITAL ESTADUAL JOSÉ DE MOURA FÊ

Rua José de Moura Fê, 604, Bairro Nova Cidade

Simplicio Mendes - PI - CEP: 64.700 - 000

CNPJ: 06.553.564/0019 - 87

Comprovação de ato declaratório



BOLETIM DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

DATA DO ATENDIMENTO:	01/04/17	HORA DA ENTRADA:	13:30	HORA DA SAÍDA:	15:00
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
NOME DO PACIENTE:	José Rodrigues de Sousa				
DATA DE NASCIMENTO:	09/13/65	IDADE:	52	SEXO:	MASCULINO () FEMININO
FILIAÇÃO:	PAI: Napoleão Rodrigues Filho MÃE: Jéssica Alves Lourenço				
ENDEREÇO:	Bairro: Zona Rural				
BAIRRO:	Zona Rural	CIDADE:	Simplicio Mendes	UF:	PI
PROFISSÃO:	Trabalhador Rural		ESTADO CIVIL: Casado		
Nº DO CARTÃO DO SUS:	898 004760636197				
Nº DO RG:	16.438.981	Nº DO CPF:	080.157.218-57		
CERTIDÃO TIPO:	() NASCIMENTO	() CASAMENTO	CARTÓRIO:		
LIVRO:	FOLHA:	TERMO:	DATA DE EMISSÃO:		
TELEFONE PARA CONTATO: 94352683					
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM					
Paciente admitido em emergência, com PS, sintomas de desidratação, náuseas, vômitos, dor abdominal em M.E. Não medicado. Paciente e acompanhante em observação.					
PRESSÃO ARTERIAL:	120x80 mmHg	TEMPERATURA (C°):	36,2°C		
PULSO:	110 bpm	RESPIRAÇÃO:	20 rpm		
OUTROS SINAIS E SINTOMAS:	GLICEMIA CAPILAR: 110 mg/dL				
PROFISSIONAL: ENFERMEIRA COREN: 379878					
ATENDIMENTO E PROCEDIMENTOS MÉDICOS					
HISTÓRIA CLÍNICA:					
Paciente com dor abdominal em M.E. há 12 horas, com náuseas e vômitos. Não medicado.					
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:					
CID 10:					
PRESCRIÇÃO MÉDICA:					
HORÁRIO DA MEDICAÇÃO:					
Assinatura do paciente ou responsável:					
Assinatura e Carimbo do Médico:					

Wilson Cr. Nemberger
Médico
CRM: 451-PI
CPF: 052.991.364-04



Comprobante de residencia

CPF nº 08035721857, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro	POVOADO UNHA DE GATO
(Rua/Avenida/Praça)	
Número	S/Nº
Apto / Complemento	
Bairro	ZONA RURAL
Cidade	SIMPLICIO MENDES
Estado	PIAUÍ
CEP	64700-000
Telefone de Contato	(85) 99435-2683
E-mail	

September 1, 1991

2017 15:53 145985 17

Assinatura do Declarante: João Rodrigues da Silva





Para mais informações
ligue para o 0800-086-0800

0811850-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.007-400 Fone: (0800) 086-0800 E-mail: atendimento@cepepi.com.br
Página 1 de 1 - Cotação de Energia - 08/2017

Nº da Nota Fiscal: *AVISO*

A Nota Fiscal de Energia Elétrica - TSEI, é gerada
pelo item 15.436 da Tabela de Preços.

PERÍODO DE VENCIMENTO: 08/2017

AGOSTO/2017

EVANI FERREIRA GOMES BARROS
PV UNHA DE GATO S/N B-RURAL
CPI: 00066762545300
CPF: 64.720.000-00 - SIMPLICIO MENDES

DADOS DO CLIENTE		DADOS DO FATOR	
Nome:		Atual:	15/08/2017
Anterior:		Anterior:	18/07/2017
Consumo de Multiplicação:		Próximo Faturar:	15/09/2017
Consumo Média:		Emprego:	15/08/2017
Consumo Faturar:	FCAM	Próximo Faturar:	15/08/2017

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo	Ligação	Número Medidor	Posto	Código F.C.	Válida 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1927538		1.4.1.1	8

HISTÓRICO DE PAGAMENTOS	
Mês/Valor pago	
JUL/17	30
JUN/17	7
MAI/17	0
ABR/17	0
MAR/17	0
FEB/17	0
JAN/17	0
DEZ/16	1
NOV/16	30
OUT/16	12

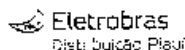
MENSAGENS IMPORTANTES/PRÉVIO DE VENCIMENTO

Sr. Consumidor,
Não foi possível emitir a fatura referente ao mês 03/2017
no ato da realização da leitura. Após serem realizadas as
devidas análises, enviamos a fatura.
Assim sendo, informamos não haver necessidade de buscar
sua fatura ou segunda via em nossas lojas de atendimento.
O envio será realizado em até 7 (sete) dias úteis, com
vencimento obedecendo o prazo legal.
Em caso de dúvidas ou sugestões, favor ligar gratuitamente
para 0800-086-0800.

RESERVAÇÃO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTRATAÇÃO		IMPOSTOS E ENCARGOS	
Descrição:		Base de Cálculo:	
Energia:		Alíquota ICMS:	
Transmissão:		Valor do ICMS:	
Encargos:		Valor do IPI:	
Outros:		Valor do CONTRIBUIÇÃO:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.007-400 Fone: (0800) 086-0800 E-mail: atendimento@cepepi.com.br

SEU CÓDIGO

0811850-7

MÊS FATURADO

08/2017

Nº da Nota Fiscal

TOTAL A PAGAR - R\$

VENCIMENTO

AVISO SCAN

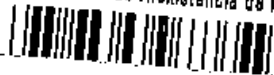
SFQ: 00138 UC: 0811850-7 DT. LEIT.: 15/08/2017 T. ENTR.: 03
LEITURA: F19 FAT? TOTAL: 0,00 CARGA: 000
DT. VENC.: 22/08/2017 IRREG.: 030 COLETOR: 0487



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 31/07/2020 10:19:46
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073110194577400000010499711
Número do documento: 20073110194577400000010499711

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência do IML



Eu, JOSE RODRIGUES DE BARROS, portador da carteira de identidade nº 16438881 e inscrito no CPF/MF sob o nº 08015721859, residente e domiciliado na POVOADO UNHA DE GATO, S/Nº, Cidade SIMPLICIO MENDES, Estado PIAUÍ, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Jose Rodrigues de Barros

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

SIMPLICIO MENDES-PI, 28/08/2017

Local e data

ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE TRÁFICO E TRANSPORTES





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

Boletim de ocorrência



DPF IP

1186 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 143609.000242/2017-68

Unidade de Registro: DELEGACIA GERAL DE POLICIA CIVIL

Resp. pelo Registro: Glauber Saraiva Leitão

Data/Hora: 13/06/2017 - 10:58

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE SIMPLICIO MENDES

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

SIMPLICIO MENDES

Endereço

AVENIDA MIGUEL CRISPIM DE ARAÚJO, Nº:

Complemento

Data/Hora

01/04/2017 - 13:30

Bairro

OUTROS - ZONA URBANA

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ RODRIGUES DE BARROS

RG: 16438881 SSP MG

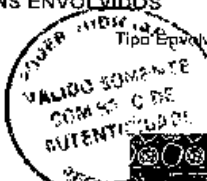
Mãe: JULIA ALVES LOURENÇA

Endereço: LOCALIDADE FORMOSA, Nº S/N

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: SIMPLICIO MENDES

Tipo Envolvido: VITIMA/Noticante



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA POP100

Ano: Placa:

2011 NIS9659

Chassi:

9C2HB0210BR003032

Renavam:

00273189441

Cor:

Roxa

Condutor: JOSÉ RODRIGUES DE BARROS

RG: 16438881 Órgão: SSP UF RG: MG

End: LOCALIDADE FORMOSA Número: S/N Complemento:

Cidade: SIMPLICIO MENDES UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Proprietário: ANA PAULA FERREIRA GOMES

End: LOCALIDADE FORMOSA Número: S/N

Cidade: SIMPLICIO MENDES UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

RELATO DA OCORRÊNCIA

Notificante relata que na data e hora acima mencionada, transitava pela Avenida Miguel Crispim de Araújo, quando o nacional NELSON invadiu a preferência e colidiu com a motocicleta que conduzia, o que lhe levou imediatamente ao chão; QUE era o condutor da motocicleta de placa NIS-9659; QUE a abalroada lhe levou ao chão, resultando lesões graves na sua perna esquerda, o que lhe afastou pelo período de 90 (noventa) dias do trabalho; QUE NELSON estava embriagado; QUE não deu causa ao acidente; QUE foi apresentado prontuários, laudos e atestado médico que comprovam a grave lesão em sua perna esquerda. Era o que tinha a relatar.///

Glauber Saraiva Leitão - Mat. 2991055
AGENTE DE POLICIA

José Rodrigues de Barros
JOSÉ RODRIGUES DE BARROS - Notificante
Responsável pela Informação





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

1186 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 143609.000242/2017-68

[Assinatura]
Delegado de Polícia



AUTENTICAÇÃO	
Autentico a presente fotocópia por	
Ser a cópia fiel do documento que	
me foi apresentado, Em	
Testemunho	do verdade
Dono de	
Simplicio Mendes	
Lúcia Teles da Silva	
Cartório do 2º Ofício	

143609.000242/2017-68

143609.000242/2017-68



**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

Nome do(a) Examinado(a): Jose Rodrigues de Barros
Endereço do(a) Examinado(a): Pv Unha de Gato, S/N
Area Rural Simplicio Mendes PI CEP: 64700-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [CERTIDAO NASCIMENTO / PI] 16438881
Data local do exame: [01/12/2017] Sao Joao [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
**FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO
VÍTIMA SE ENCONTRA EM BOM ESTADO GERAL, SEM ALTERAÇÕES NA FUNÇÃO DE PÉ ESQUERDO, COM FORÇA MUSCULAR, PERFUSÃO E MOVIMENTOS PRESERVADOS**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
**CONSCIENTE E ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO, SE ENCONTRA EM BOM ESTADO GERAL, SEM ALTERAÇÕES NA FUNÇÃO DE PÉ ESQUERDO, COM FORÇA MUSCULAR, PERFUSÃO E MOVIMENTOS PRESERVADOS
Data da alta: 22/06/2017
REALIZOU TRATAMENTO CIRURGICO, FISIOTERAPIA E SINTOMÁTICOS
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
() Sim **(X) Não**
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
() "Vítima em tratamento" **(X) "Sem sequela permanente"**
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias **(NÃO EXISTEM LESÕES DIRETAMENTE DECORRENTES DE ACIDENTE DE TRÂNSITO QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA)**
() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
Região Corporal (Sequela): Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo () 50% médio () 75% intensa () 100% completo
Região Corporal (Sequela): Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo () 50% médio () 75% intensa () 100% completo
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
() Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
classifico a lesão em grau leve, sem dano corporal permanente

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


Dr. Mikael Oliveira Cruz
CRM-PI 4708
Médico





Nº DO SINISTRO 3170501699

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JOSE RODRIGUES DE BARROS
PORTADOR(A) DO RG Nº 16.438.881 EXPEDIDO POR PCEMG/MG EM 26/06/2006 E
CPF 080157218-57 / CNPJ () 00000000-0000-00, PROFISSÃO LAURALER
E RENDA MENSAL DE R\$ 421,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE RODRIGUES DE BARROS, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcionário;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1383 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 20708-8

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

SIMPÃO MENDES, 16 de OUTUBRO de 2017
LOCAL E DATA

Jose Rodrigues de Barros
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE EXTRATO

16/10/2017 09:37.08
CONVENIO: 000596795
OPERADOR: 20

AGENCIA: 1383 - OEIRAS, PI
CONTA: 013.00020708-8
JOSE RODRIGUES DE BARROS

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDO DE POUPANCA POR DATA LIMITE
SEM AS MOVIMENTACOES DO DIA

DEPOSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
19/09	0,00
20/09	0,00
11/10	[REDACTED]

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR 04/05/2012

DATA	VALOR
19/09	[REDACTED]
20/09	[REDACTED]
10/10	[REDACTED]

SEGURO DE VIDA

MOVIMENTACAO

DIA	NR DOC HISTORICO	VALOR
-----	------------------	-------

SALDO ANTERIOR

Setembro

10	000000 REM BASICA	0,000
19	000000 CRED JUROS	[REDACTED]
20	000000 REM BASICA	0,000
20	000000 CRED JUROS	[REDACTED]
20	000004 CRED TED	[REDACTED]
20	201233 SAQUE LOT	[REDACTED]

Outubro

03	000001 CRED TED	[REDACTED]
04	040847 SAQUE LOT	[REDACTED]
10	101609 DP DIN LOT	[REDACTED]
11	000000 REM BASICA	0,000
11	000000 CRED JUROS	[REDACTED]
16/10	160936 SQ CX AQUI	[REDACTED]

RESUMO

SALDO	[REDACTED]
SALDO TOTAL	[REDACTED]
SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO DISPONIVEL	[REDACTED]

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





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO P. _____



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JOSE RODRIGUES DE BARROS
PORTADOR(A) DO RG Nº 36438881 EXPEDIDO POR PCEMG / MG EM 26/06/2006 E
CPF 0(800157218-57) / CNPJ 000000000-0000-0000, PROFISSÃO LAURADOR
E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE RODRIGUES DE BARROS, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósitos;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1383 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 20708-8

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

SINICIO MENDES, 28 de AGOSTO de 2017
LOCAL E DATA

Jose Rodrigues de Barros
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Rio de Janeiro, 08 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: JOSE RODRIGUES DE BARROS

Nº Sinistro: 3170501699

Vítima: JOSE RODRIGUES DE BARROS

Data do Acidente: 01/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3170501699**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **01/04/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00001/00002 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 12074388



Rio de Janeiro, 17 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: JOSE RODRIGUES DE BARROS

Sinistro: 3170501699

Vítima: JOSE RODRIGUES DE BARROS

Data do Acidente: 01/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170501699** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00067/00068 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 11970397



Rio de Janeiro, 27 de Outubro de 2017

Carta nº: 11875934

A/C: JOSE RODRIGUES DE BARROS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170501699 ASL-0355053/17

Vítima: JOSE RODRIGUES DE BARROS

Data Acidente: 01/04/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **20/10/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **01/04/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01327/01328 - carta_03



Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2017

Carta nº: 11684120

A/C: JOSE RODRIGUES DE BARROS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170501699 ASL-0355053/17

Vítima: JOSE RODRIGUES DE BARROS

Data Acidente: 01/04/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00233/00234 - carta_01



Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2017

Carta nº: 11683845

A/C: JOSE RODRIGUES DE BARROS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170501699 ASL-0355053/17

Vítima: JOSE RODRIGUES DE BARROS

Data Acidente: 01/04/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **01/09/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **01/04/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00289/00290 - carta_03



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170501699 **Cidade:** Simplício Mendes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RODRIGUES DE BARROS **Data do acidente:** 01/04/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de tornozelo esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Vítima se encontra em bom estado geral, sem alterações na função de pé esquerdo, com força muscular, perfusão e movimentos preservados.

Resultados terapêuticos: Realizou tratamento cirúrgico, fisioterapia e sintomáticos.
Sem complicações.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 01/12/2017

Conduta mantida:

Observações: Classifico a lesão em grau leve, sem dano corporal permanente.

Médico examinador: Mikael Oliveira Cruz

CRM do médico: 4709

UF do CRM do médico: PI

DANOS

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

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170501699 **Cidade:** Simpício Mendes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RODRIGUES DE BARROS **Data do acidente:** 01/04/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/11/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PERNA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MI ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / MI ESQUERDO: 25% DE 70%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda 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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios da Segura DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0355053/17
Vítima: JOSE RODRIGUES DE BARROS
CPF: 080.157.218-57

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 01/04/2017
Titular do CPF: JOSE RODRIGUES DE BARROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Outros

JOSE RODRIGUES DE BARROS : 080.157.218-57
Autorização de pagamento

Outros



ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/10/2017
Nome: JOSE RODRIGUES DE BARROS
CPF: 080.157.218-57

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2017
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

JOSE RODRIGUES DE BARROS

Elen Tais Alves Pereira



SINISTRO 3170501699 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE RODRIGUES DE BARROS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO
SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO JOSE RODRIGUES DE BARROS

CPF/CNPJ: 08015721857

Posição em **16-10-2017** **09:19:02**

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Autorização de pagamento	Beneficiário	Não Conforme	JOSE RODRIGUES DE BARROS

SEGURADORA LIDER DPVAT MS 20/10/2017 15:43 - 160186972



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0355053/17
Vítima: JOSE RODRIGUES DE BARROS
CPF: 080.157.218-57

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 01/04/2017
Titular do CPF: JOSE RODRIGUES DE BARROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Comprovação de ato declaratório
Outros

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/11/2017
Nome: JOSE RODRIGUES DE BARROS
CPF: 080.157.218-57

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/11/2017
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

JOSE RODRIGUES DE BARROS

Patricia Aleixo Silva

Outros



Cristina Alves

De: Evelyn Macedo <evelyn.macedo@aruana seguros.com.br>
Enviado em: segunda-feira, 6 de novembro de 2017 15:37
Para: Projeto Corréio
Cc: fernanda.morais@aruana seguros.com.br
Assunto: pendência do processo vítima JOSE RODRIGUES DE BARROS sinistro 3170501699

Boa tarde,

Prezados, favor receber a primeira página da documentação médica hospitalar na aba ato declaratório.

Atenciosamente;

Evelyn Macedo

ARUANA SEGUROS

AVENIDA RIO BRANCO, 89 - SALA 1801

CENTRO - RIO DE JANEIRO - RJ - 20040-004

TELS: +55 (21) 3590-5901

EVELYN.MACEDO@ARUANASEGUROS.COM.BR

WWW.ARUANASEGUROS.COM.BR

1



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Outros



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0355053/17
Vítima: JOSE RODRIGUES DE BARROS
CPF: 080.157.218-57

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 01/04/2017
Titular do CPF: JOSE RODRIGUES DE BARROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE RODRIGUES DE BARROS : 080.157.218-57

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/09/2017
Nome: JOSE RODRIGUES DE BARROS
CPF/CNPJ: 080.157.218-57

JOSE RODRIGUES DE BARROS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/09/2017
Nome: RICARDO GONCALVES DA SILVA
CPF: 100.278.347-00

RICARDO GONCALVES DA SILVA



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA JOSE RODRIGUES DE BARROS

DATA DO ACIDENTE 01/04/2017 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 08015721857

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodortanito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☒ SIM ☐ NÃO
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☒ Laudo de invalidez do IML - original ou cópia autenticada ☐ SIM ☐ NÃO
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ SIM ☐ NÃO
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ SIM ☐ NÃO
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada ☐ SIM ☐ NÃO
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada ☐ SIM ☐ NÃO

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de convivência junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de convivência junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE**
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (nome) JOSE RODRIGUES DE BARROS

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador

E-mail joelrodrigues@brs0002a Tel: 08 99435.2683

Data 28/08/2017 Assinatura Ednan Soares Coutinho

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC SINCEROS TER-DES

Atendente FELICIANO TAVARES C. RODRIGUES Matrícula 8522771-0

Data 28/08/2017 Assinatura Ednan Soares Coutinho

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO: MG-15.438.881 DATA DE EMISSÃO: 26/06/2008

JOSÉ RODRIGUES DE BARROS

FRANCISCO RODRIGUES FILHO
JULIA ALVES LOURENÇA

SÃO JOSE DO PEIXE-PI 29/3/1965
CAS. LV-2B FL-233
SIMPLICIO MENDES-PI

CNPJ

PIC-1847 1.VIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MINAS GERAIS 1847-3

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POSTO DE IDENTIFICAÇÃO

José Rodrigues de Barros

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FISCAIS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE

José Rodrigues de Barros

Documentos de identificação

29.03.65

INSCRIÇÃO NO CPF

090 157 218 57

CONTRIBUINTE

JOSÉ RODRIGUES DE BARROS

Carlos

SECRETARIO DA RECEITA FEDERAL

06-07-2017 15:46:14 9984 17



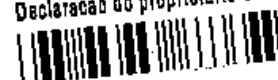
DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 012712892242
00273189441
ANA PAULA FERREIRA GOMES
02117528350
9C2HB0210BR003032
02117528350
9C2HB0210BR003032
02117528350
9C2HB0210BR003032
02117528350
9C2HB0210BR003032
02117528350
9C2HB0210BR003032
02117528350
9C2HB0210BR003032
02117528350
9C2HB0210BR003032
02117528350
9C2HB0210BR003032
PI Nº 012712892242 BILHETE DE SEGURO DPVAT
SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204
02117528350
9C2HB0210BR003032
02117528350
9C2HB0210BR003032
02117528350
9C2HB0210BR003032
02117528350
9C2HB0210BR003032
02117528350
9C2HB0210BR003032
02117528350
9C2HB0210BR003032
02117528350
9C2HB0210BR003032
SEGURO LÍDER - DPVAT
0800 022 1204
www.dpvatsegurodotransito.com.br

Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANA PAULA FERREIRA GOMES,
RG nº 2460.959, data de expedição 05/07/02,
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 021175283-50, com
domicílio na cidade de SIMPLICIO MENDES, no Estado de
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
PV FORMOSA, nº 514,
complemento ZONA RURAL, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOSE RODRIGUES DE BARROS, cujo o condutor era
JOSE RODRIGUES DE BARROS.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA / POP 100
Ano: 2010
Placa: NIS - 9655
Chassi: 9C2H30210BR003032
Data do Acidente: 01/04/2017
Local e Data: SIMPLICIO MENDES - PI, 28/08/2017

Ana Paula Ferreira Gomes
Assinatura do Declarante

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

RECONHECIMENTO DE FIRMA
Reconheço por autenticidade a firma de
Ana Paula Ferreira Gomes
do(a) fé
em testemunha,
Simplicio Mendes
Lúcia Teles do Prado - Juiz(a) Substituta
Cartório do 2º ofício



EVOLUÇÃO E CONDUTAS MÉDICAS

19:06 Admitido para cuidados de enfermagem, sendo realizado o exame físico e a anamnese. O paciente está consciente, orientado e sem alterações de estado geral. Foi realizado o registro de enfermagem e a comunicação com a equipe médica. O paciente foi encaminhado para a enfermaria em 04:00.

Laurenha Cavaleiro
ENFERMEIRA
COREN: 179479

ENFERMEIRA
COREN: 179479

HORÁRIO DA MEDICAÇÃO E ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

19:00 PA: 110x70 mmHg. P 86 bpm. Segui o plano de enfermagem, paciente consciente, foi liberado para a enfermaria.

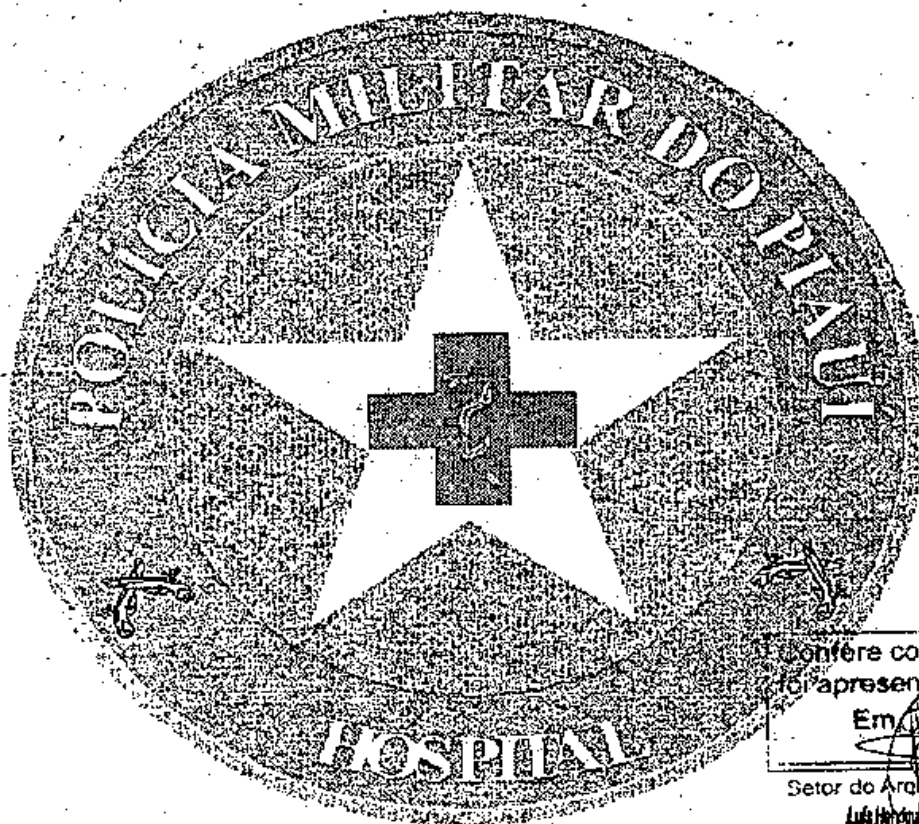
Laurenha Cavaleiro
ENFERMEIRA
COREN: 179479

ENFERMEIRA
COREN: 179479





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



Confere com o(a) original, que
foi apresentado(a) e dou fe.

Em 08/07/2020

Setor de Arquivo Técnico do HPMPi

Luis Henrique Vasconcelos Reis, TEN PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPMPi
RG: 1103198193-2 Matr: 14498-0

NOME DO PACIENTE:

Jose Rodrigues de Sousa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

230569/17

Obs: Não fornecemos 2ª via.

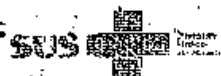
HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

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

Saúde
Secretaria de Estado





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRC

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRC

Identificação do Paciente

5 - Nome: **JOSE RODRIGUES DE BARROS**

6 - Prontuário: **230569**

7 - CNS: **898004160636197**

8 - Nascimento: **29/03/1965 02:00**

9 - Sexo: **M**

CPF:

11 - Mãe: **JULIA ALVES LOURENÇA**

12 - Fone: **89-9.9293652**

13 - Resp: **WANDERSON DIVINO GOMES CARVALHO**

14 - Cor: **PARDA**

15 - Endere: **LOCALIDADE FORMOSA**

0

ZONA RURAL

19 - CEP: **64700-000**

Munic: **SIMPLICIO MENDES**

17 - Cod. IBGE: **221080**

18 - UF: **PI**

RG: **16438-881**

Justificativa da Internação

1 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Paciente internado de trauma, lesões profundas em punho e tornozelo (R)

*Procedimento 0408050543 CTD S82;
Procedimento 0408050578 CTD S826*

21 - Condições que justificam a internação:

Neurite do Cerebro

*Luiz Henrique Vasconcelos R. 1º TEN. PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 105198153-2 Mat. 14495-9*

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

Rx Ant. Ulnar lateral 2 pontos fracos (R)

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.:

25 - Cid Sec.:

26 - Cid C.Ass.:

Procedimento Solicitado

27 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

Urgência múltipla

0415030012

Tempo SU

29 - Clínica:

POSTO II

30 - Carater.:

02

Ident.:

1

31 - Documento:

CPF

32 Doc. Mod. Solic.

65265386491

33 - Nome Profissional / Assistente

EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR

34 - Data de Solicitação:

02/04/2017

*Dr. Almir Ribeiro Filho
Ortopedia / Traumatologia
CRM - PI 272*

35 - Ass. Carimb. Mod. Solicitante

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - Nº. Bólido.

41 - Série

37 - () Acidente de Trabalho Típico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

38 - () Acidente de Trabalho Trajetado.

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

50 - Ass. Carimbo (RG Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável.

WANDERSON DIVINO GOMES CARVALHO

Usuário: **LUCIA SILVA**

Consulta Local:

Consulta SUS: **2017040113357**

Impressão: **01:11:41**



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 31/07/2020 10:19:46

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20073110194577400000010499711

Número do documento: 20073110194577400000010499711



Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL: SIM ☐ NÃO ☐		FICHA DE PRONTUÁRIO		02/04/2017	
IDEM OUTROS HOSPITAIS: SIM ☐ NÃO ☐		Nome: JOSE RODRIGUES DE BARROS		Pront.: 230589	
		Nasc.: 29/03/1965 Sexo: M		Convênio: SUS - INTERNACAO	
		Atendimento: 312523		Enfermaria: POSTO II	
				ENF 204 LEITO	
				Leito: 204	
CLÍNICA		Pai:			
		Mãe: JULIA ALVES LOURENCA			
Médico Assistente		RG: 18438881			
		Residência:			
Permanência		LOCALIDADE FORMOSA			
		Nº: 0			
		Cap: 64700009			
CLÍNICA		Bairro: ZONA RURAL			
		Cidade: SIMPLICIO MENDES			
		Telefone: 89 - 99293652			

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

Procede cultura de Tramo, dos
edema e deformidade em punho e
tornozelo esquerdo

DIAGNÓSTICO

Provisório:	Fract. palmar lateral (P), artro. cubital	CID	S82.5, S82.5
Principal:	Exame	CID	S1
Procedimento:	Exat. de punho e tornozelo		
Sintomas e Sinais Principais	Do e deformidade em tornozelo, punho	Causa Médica	Histo - Patológico:
			Luis Henrique Resende, 1º TEN. PM Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI RG: 105198193-2 Matr. 14495-9

TRATAMENTO

Tipo: ☐ Nenhuma ☐ Médico ☐ Cirurgia ☐ Médico Cirurgico	Terapêutica Médica	Operação	Eficácia ☐ Nenhuma ☐ Médico ☐ Cirurgia ☐ Médico Cirurgico
---	---------------------------	-----------------	--

DURAÇÃO

Date/Hora de Internação 02/04/2017 08:04:54	Date da Alta 18/04/17	Date da Hospitalização 02/04/17
--	--------------------------	------------------------------------

ALTA

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

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higinio Cunha, 1842 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520
CEP: 64011-090 - Teresina - PI - CNPJ: 07.444.159/0002-26 - CMC: 034.972.R



CJP 5876 Procedimento 0408050578



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



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 17, 04, 17
Nº DO PRONTUÁRIO: 203569 SALA 17
CÓD DA CIRURGIA: 0408050578
0408050543

Descrição da Cirurgia:

Procedimento em TPA sob regulação em
Anestesia, Antissepsia, colocação de
campos estéril, serra de unhas
lateral esquerda, varreduras, redução
e osteotomia de polegar sob tração
forte, curativo, S/D

Luís Henrique Vasconcelos R 1º TEN. PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 105198193-2 Matr. 14485-9

Dr. Almir Benêto Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PI 2372

Dr. Almir Benêto Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PI 2372

Cirurgia: Osteotomia de unhas lateral

Cirurgião: AM 117

1º Auxiliar: Raphael Barro

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador: José de Jesus

Circulante: Epimede



DN: 29103165

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ		POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ		HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE	
BOLETIM DE ANESTESIA				DATA: 17.04.2017 Nº DO PRONTUÁRIO: 203567548 CÓD DA CIRURGIA: 1408050543	
NOME: José Rodrigues de Barros IDADE: 52 SEXO: M ASA: II PROCEDIMENTO: Laparoscopia + p/fixação de hérnia ANEST: Propofol + N2O + O2 ANESTESIA: Balança CIRUR: José de Jesus CIRC: Antônio INICIO: 14:30 FIM: 15:15 Sala: 08					
P.A.: _____ P.C.: _____ PESO: _____ Hta: _____ Glicemia: _____ Creatina: _____ Respir.: _____					
OXIGÊNIO: 2L/min SEQUÊNCIA:					
MONITORIZAÇÃO: SPO2 (%) E.C.G. FICO (mmHg)				INSTRUÇÃO: Anestesia Propofol + N2O + O2 Balança Monitorar 13 ml 14 ml 15 ml 16 ml 17 ml 18 ml 19 ml 20 ml	
DIURÊSE (ml): 960				DURAÇÃO: 46:35	
Técnica Anestésica: Propofol + N2O + O2				MONITORIZAÇÃO: ☒ ECG ☐ PAM ☐ PANI ☐ Oxímetro ☐ Capnógrafo ☐ PVC	
Comentários Adicionais: Paciente com história de hipertensão, HTA controlada. Não possui diabetes. Não possui outras doenças crônicas. Não possui alergias conhecidas.				Medicamentos Utilizados: Midazolam 1 Fr 5mg Melindazol 1 Fr Neocaina Pse 0,5% 1 Amp 10x2ml Narcoin Amp Novatup 0,5% Fr Nubain Amp Neocaina 2% V Fr Neocaina 0,5% Isotm Amp Norepinefrina Amp Ondansetrona Amp Polio Cal Fr Pancurônio Amp Profenid Fr Propofol ml Amp Rantidina Amp Quetiapina Amp Quetiapina ml Rantidina Fr Ringer-Lactado Fr S. Fisio 0,9% ml Fr S. Glicosado 5% ml Fr Scalp n° Und Trecor Amp Trecor Fr Trecor Fr Trecor Fr	

105 - FÁRMA SUINCH UFESE NIVAL TOWY
 11405 - OTEAM FARM SUINCH





HOSPITAL ESTADUAL JOSÉ DE MOURA FÉ
RUA JOSÉ DE MOURA FÉ
SIMPLÍCIO MENDES - PI - FONE/FAX: (89) 3482-1116
CNPJ - 06.553.564/0019-67

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Senha: 2017040113357

Encaminho do **HOSPITAL ESTADUAL JOSÉ DE MOURA FÉ**, da Cidade de Simplício Mendes - PI, para H.F.M.

O(a) Paciente

João Rodrigues de Barros

Motivo do Encaminhamento:

Fratura proximal (H. Bra. e P. Bra.) - E

Simplício Mendes

01/04/2017 M. C. S.

Responsável pelo Encaminhamento

Nelson Cr. Almeida

CRM: 151-19

CPE: 053.991.164

FICHA DE RETORNO

Da Unidade:

nas:

Paciente:

Luiz Henrique de Albuquerque - 1 TEN PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 105198193-2 Mat 14495-9

Diagnóstico e orientação:

Responsável pelo Encaminhamento





POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Nº ORDEM.....: 46712

NOME.....: JOSE RODRIGUES DE BARROS

MÉDICO SOLIC: JUVENAL GOMES DE SOUZA NETO

DATA LAUDO....: 04/04/2017

CONVÊNIO: INTERNO

DATA REALIZ: 02/04/2017

IDADE: 52 anos

CRM: 3349-PI

CÓDIGO: 18630

RX PERNA ESQUERDA

O estudo radiológico da perna esquerda realizado nas incidências em AP e perfil demonstra:

- Fratura cominutiva no terço distal da tíbia.
- Fratura oblíqua no terço distal da fíbula.
- Aumento de partes moles.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fraturas na perna esquerda.

Ivan Fontenele Gomes

IVAN FONTENELE GOMES
CRM-2426-PI

Luis Henrique Vasconcelos Reis
Luis Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN. PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 105198193-2 Matr. 14493-0

Av. Manoel Cunha, 1642 - Jatoá - Teresopolis/PI
CEP 22014-290 - CxP 107.444-199/002-25

Telefone: (85) 3227-6266
Fax: (85) 3218-1520





**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 43652
ATENDIMENTO: 312523
PACIENTE: JOSE RODRIGUES DE BARROS
DATA DO NASCIMENTO: 29/03/1965
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO
MÉDICO: EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR
POSTO: POSTO II ENF: 204 LEITO: 01

DATA: 03/04/2017

SEXO: M
IDADE: 52a 0m 5d

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO SDH-20 LAB

ERITROGRAMA:

Hem: 4,34 milhões/mm³
Hemoglobina: 13,40g/dl
Hematócrito: 40,0%

Valores de Referências	
Homem	Mulher
4,5 - 6,5	3,9 - 5,8
13,5 - 18,0	11,5 - 16,4
40,0 - 54,0	36,0 - 47,0

LEUCOGRAMA:

Leucócitos: 4.800mil/mm³

Valores Referências	
4.000 - 10.000	

Bastões: 3 - 5 %
Segmentados: 50 - 66 %
Eosinófilos: 2 - 4 %
Bastões: 0 - 1 %
Linfócitos: 20 - 30 %
Monócitos: 4 - 8 %
Metam. Leucócitos: 0 - 0 %
Mieló: 0 - 0 %

3 - 5 %
50 - 66 %
2 - 4 %
0 - 1 %
20 - 30 %
4 - 8 %
0 - 0 %
0 - 0 %

OBS:

Plaquetas: 241.000mm³

100.000 mm³ a 400.000
mm³

OBS:

Método: Impedância/Difrações

Luis Henrique Vasconcelos - 1ª TEN. PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPM P.
RG: 105198193-2 Mat. 14485-6

FRANCISCO DAS CHAGAS MACIEL
CAP. QOM4-FARMAC. BIOQUIMICO
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985

Av. Higino Cunha, 1842 - Ilhotas - Teresina/PI
CEP 64014-220 - CNPJ: 07.444.155/0002-25

Telefone: (86) 3228-1260
Fax: (86) 3218-1520





POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 43552
ATENDIMENTO: 312523
PACIENTE: JOSE RODRIGUES DE BARROS
DATA DO NASCIMENTO: 29/03/1965
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO
MEDICO: EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR
POSTO: POSTO II ENF: 204 LEITO:

DATA: 03/04/2017

SEXO: M
IDADE: 52a 0m 5d

COAGULOGRAMA

Material: Sangue

Tempo de Sangria.....: 2,00 min.
Método: Duke Normal: 1,0 a 4,0 Minutos

Tempo de Coagulação.....: 8,00 min.
Método: Lee-White Normal: Até 12 Minutos

Prova do Laço.....: **NEGATIVA**
Normal: Negativo

RETRAÇÃO DO COAGULO.....: **TOTAL**

EXAMENADO EM 03/04/2017

SE-01-01-03-145977-01


Luis Henrique Vasconcelos Filho 1º TEN. PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPA
RG: 105196790-2 Mat. 16495-6

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
CAP. QOPM-FARMAC. BIOQUIMICO
CRF-PI 245

RAULINO F. FERREIRA
BIOQUIMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985

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

Telefone: (86) 3228-1260
Fax (86) 3216-1520





POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 43652
ATENDIMENTO: 312523
PACIENTE: JOSE RODRIGUES DE BARROS
DATA DO NASCIMENTO: 29/03/1965
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO
MEDICO: EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR
POSTO: POSTO II ENF: 204 LEITO:

DATA: 03/04/2017

SEXO: M
IDADE: 52a 0m 5d

CREATININA..... 0,6 mg/dl
Material: Soro Método: Enzimático Valores de Referência:
De 0,4 a 1,4 mg/dl
UREIA..... 35 mg/dl
Material: Soro Método: Enzimático Valor de Referência:
15 a 40 mg/dl

GLICOSE..... 99 mg/dl
Material: Soro Método: Enzimático Valores de Referência:
70 a 99 mg/dl

SEMPRE LIVER WITH ME

04-SE-2017 13:40 1499710 1/1

Luís Henrique da Costa
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 305198193-2 Matr. 144954

FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO
CAP. QOPM-FARMAC. BIOQUÍMICO
CRF-PI 245

RAULINO P. FERREIRA
BIOQUÍMICO
CRF-PI 292

HAROLDO LEAL SILVA
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-PI 0985

Av. Higino Cunha, 1642 - Ilhóas - Teresina/PI
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25
Telefone: (86) 3228-1260
Fax (86) 3216-1520

