

Control de documentos x Audiências x Upload x Consulta processos - Pro x 0825387-13.2019.8.18.0 x Merge PDF files online. x + -

tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=314171&ca=ac21694077f33a909e82a421b28... Pausada

Apps Babylon Search http://feed.helperb... Google www.esdc.com.br/R... hao123 - O melhor... chrome-extension/... Histórico Outlook - helderjus... Questões de conc...

**Pje** ProceComCiv 0825387-13.2019.8.18.0140 FRANCISCO WAGNER CARDOSO X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO ...

11255708 - CONTESTAÇÃO (2741270 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 11/08/2020 09:51:33

11 Aug 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 11255707 - CONTESTAÇÃO
  - 11255708 - CONTESTAÇÃO (2741270 CONTESTACAO 01)
  - 11255711 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
  - 11255712 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
  - 11255715 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)

downloadBinario.seam 1 / 10

2741270- C3/ 2020-02884/ INVALIDEZ

**JOÃO BARBOSA**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Ativar o Windows  
Acesse as configurações do computador para ativar o Windows.

prot+proc adm.pdf PROT+CONT.pdf pa.pdf c.pdf

09:52 11/08/2020



Número: **0825387-13.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **13/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO WAGNER CARDOSO (AUTOR)		CIRA SAKER MONTEIRO ROSA (ADVOGADO) RAMON ALEXANDRINO COELHO DE AMORIM (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11255711	11/08/2020 09:51	<a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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

Rio de Janeiro, 18 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190198162

Vítima: FRANCISCO WAGNER CARDOSO

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO WAGNER CARDOSO

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 14066706





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

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190198162

Vítima: FRANCISCO WAGNER CARDOSO

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO WAGNER CARDOSO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: FRANCISCO WAGNER CARDOSO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 0000072831-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2019

Aos Cuidados de: FRANCISCO WAGNER CARDOSO

Nº Sinistro: 3190198162  
FRANCISCO WAGNER CARDOSO

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190198162**.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01183/01184 - carta\_09 - INVALIDEZ

00060592



Carta nº 14246169



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	057.458.643-42	FRANCISCO WAGNER CARDOSO
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR S/ISEP Nº 445/2012</b>		
Nome completo:	CPF:	
FRANCISCO WAGNER CARDOSO	057.458.643-42	
Profissão:	Endereço:	Número:
	CONJ. PLANALTO URUGUAI - Q = A16	641
Bairro:	Cidade:	Estado:
VALE QUE TEM	TERESINA	PI
E-mail:	CEP:	Complemento:
	64.057.400	CASA
	Tel.(DDD):	

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

<b>RENDAMENTO MENSAL:</b>			
<input type="checkbox"/> R\$0,00 A R\$1.000,00	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00
<b>DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA DE SEGUROS</b>			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para as bancas abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todas as bancas)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA:	CONTA:
2004	00072831		DPVAT
(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)	(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.

### 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

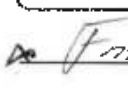
- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ou Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grav de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provar em 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.

	Local e Data:	TERESINA-PI 14/03-19
	Nome:	
	CPF:	
	(*) Assinatura de quem assina A RGO de Francisco Wagner Cardoso Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
<b>TESTEMUNHAS</b> 1º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____ 2º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____		

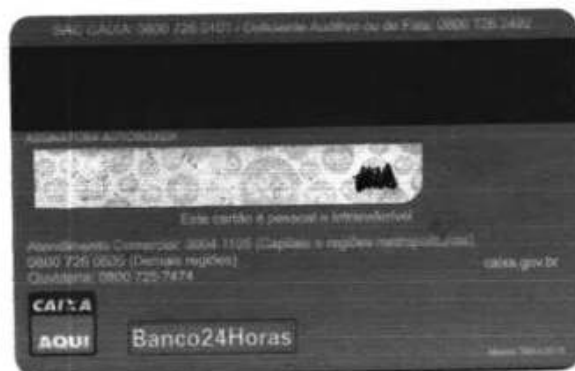
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

**ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**







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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000865/2019-52

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francieleide Lima Cordeiro

Data/Hora: 07/03/2019 - 15:18

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

02/12/2018 - 22:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

PLANALTO URUGUAI

Endereço

RUA ALVINA FERNANDES, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

PRAÇA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO WAGNER CARDOSO (32 ANOS)

RG: 2648038 SSP-PI

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

Mãe: MARIA DO SOCORRO ARAUJO CARDOSO

Endereço: RUA ALTINÓPOLIS, Nº 6693

Bairro: PLANALTO URUGUAI

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO HONDA/CG 125 FAN, COR PRETA, PLACA NHV-7413-PI, DE SUA PROPRIEDADE, QUANDO O PNEU DA MOTO DERRAPOU E A VÍTIMA CAIU, TENDO IDO EM SEGUIDA PARA SUA RESIDÊNCIA; QUE, A VÍTIMA PROCUROU ATENDIMENTO NO DIA, SEGUINTE NA UPA-RENASCENÇA (PRONTUÁRIO 132188); QUE, O REFERIDO ACIDENTE TEM COMO TESTEMUNHA JEFERSON VANDO CARDOSO DA SILVA, RG: 2841770 SSP-PI. INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTIFICANTE.

*Francieleide Lima*  
Francieleide Lima Cordeiro - Mat. 1945629  
AGENTE DE POLÍCIA

*Francisco Wagner Cardoso*  
FRANCISCO WAGNER CARDOSO (32 ANOS) - Notificante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



Boletim de Ocorrência emitido em: 07/03/2019 15:19

2011-2019 AT1

Página 1/1





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	057.458.643-42	FRANCISCO WAGNER CARDOSO
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR S/ISEP Nº 445/2012</b>		
Nome completo:	CPF:	
FRANCISCO WAGNER CARDOSO	057.458.643-42	
Profissão:	Endereço:	Número:
	CONJ. PLANALTO URUGUAI - Q = A 16	641
Bairro:	Cidade:	Estado:
VALE QUE TEM	TERESINA	PI
E-mail:	CEP:	Complemento:
	64.057.400	CASA
	Tel.(DDD):	

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

<b>RENDIMENTO MENSAL:</b>			
<input type="checkbox"/> REFUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$7.000,00
<b>DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA DE SEGUROS</b>			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Seu nome para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 2004		AGÊNCIA: _____	
CONTA: 00072831		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.

### 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

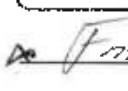
- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grav de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: _____	Falecidos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provar em 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.

	Local e Data, TERESINA-PI 14/03-19	<b>TESTEMUNHAS</b>
	Nome:	1º Nome: _____
	CPF:	CPF: _____
		Assinatura _____
(*) Assinatura de quem assina A RGO de Francisco Wagner Cardoso		2º Nome: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		CPF: _____
		Assinatura _____

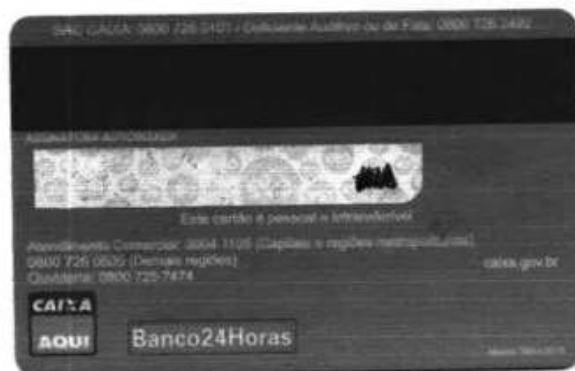
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

**ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**





**TERESINA UNID. DE PRONTO ATENDIMENTO - RENASCENÇA**  
 Rua Rio Verde, 2810 Renascença III - Fone: 86 3234 7074  
 TERESINA-PI CEP: 64082-110 CNPJ: 17.577.205/0015-32

# BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 03/12/2018 09:48:35  
 (User: EDNAR JUNIOR)  
 (Estação: SA\_ADEGHSSO-PC)


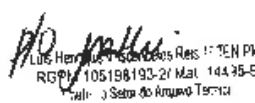
<b>Nome:</b> FRANCISCO WAGNER CARDOSO		<b>Prontuário:</b> 132188	
<b>Mãe:</b> MARIA DO SOCORRO ARAUJO CARDOSO		<b>Pai:</b> FRANCISCO CARDOSO DA SILVA	
<b>End.Resid.:</b> RUA ALTINOPOLIS 6693 - PLANALTO URUGUAI - TERESINA - PI - CEP: -			
<b>Nascimento:</b> 31/07/1986	<b>Idade:</b> 32a4m3d	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Fone:</b> 86-99527-0634
<b>Responsável:</b> O MESMO		<b>CNS:</b> 700009903920304	
<b>Profissão:</b>		<b>Documento:</b> CPF: 017.458.643-42	
<b>C. Instrução:</b> Não informado		<b>E.Civil:</b> Ignorado	
<b>End.Local.:</b> - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

<b>Código:</b> 308271	<b>Entrada:</b> 03/12/2018 09:12:10	<b>Convênio:</b> S U S	<b>Proced:</b> 0301060496
<b>Motivo da Procura</b> (Forma Paciente/Acomp): OUTRAS QUEIXAS			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<b>Sinal/Sintoma de Apresentação:</b> PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	<b>Classificação:</b> Dor leve recente	<b>Cor:</b> Verde
<b>Breve História Clas. Risco:</b> Pete relata acidente de moto ontem, com trauma em pé E. Negs alergia medicamentosa.		<b>Assinatura:</b> MAYARA FELICIANO DA SILVA E SOUSA COREN 277442 Em: 03/12/2018 09:16:20

<b>SSVV:</b> (Hora: ____:____)			
<b>Peso:</b> 0,00 Kg	<b>Altura:</b> 0,00 M	<b>IMC:</b> 0,00 Kg/m2	<b>Pulso:</b> bpm
<b>Pressão:</b> mmHg			
<b>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</b> TRAUMA DOR TORNOZELO E RX TORNOZELO E 2º FRAT TORNOZELO E CX. TALA GESSADA BOTA NQ AO HUT			
			
<b>Diagnóstico Inicial:</b> Fratura do maléolo lateral			<b>CID:</b> S826
<b>Exames Complementares:</b>			
<b>Prescrição Médica:</b> DAPIRONA 2,0 CC AD EV DEXAMETASONA 1 AMP AD EV			
<b>Motivo da Alta/Encerramento:</b> Encaminhado para Exames			

Assinatura Paciente ou Responsável

**Dr. Edmar S. L. Junior**  
 Ortopedia / Traumatologia  
 CRM-PI 2313 / CRM-MA 3294  
 EMAR DE SOUZA LYMA JUNIOR  
 CRM - 2313 Em: 03/12/2018 09:48:35



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	27/03/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

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

CLIENTE: FRANCISCO WAGNER CARDOSO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000072831-3

---

---

Nr. da Autenticação 7249E27D96CEB1DD



# ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ 27257474000106 - J.E 195965574  
Av. Odilon Araújo, 1035, Pícarre - CEP 64017-280, Teresina - PI  
Telefone: 0800 223 2000 ou 315 / (R6) 98124-3199

TC 1.36  
20190809108709

MATRICULA 13261584-3  
FATURA Nº 150744662  
Mês/ANO 3/2019

NOME/ENDEREÇO  
MORADOR ANTONIO ATAÍDES VIEIRA DA SILVA  
CON PLANA LTO URUGUAI, 0-A16-CASA-041-VALE QUEM  
TEN-TERESINA-PI-cnpj:64057400

LOCALIZAÇÃO 004-00030-002005  
GRUPO 004  
NÚMERO DO HIDRÔMETRO

HISTÓRICO DE CONSUMO	DATA	LEITURA	CONSUMO MÊS (M3)	VALOR
02/2019 Lido 00 12	02/2019	0	12	39,05
03/2019 Lido 00 12	03/2019	0		
04/2019 Lido 00 12	04/2019	0		
05/2019 Lido 00 12	05/2019	0		
06/2019 Lido 00 12	06/2019	0		
07/2019 Lido 00 12	07/2019	0		
08/2019 Lido 00 12	08/2019	0		
09/2019 Lido 00 12	09/2019	0		
10/2019 Lido 00 12	10/2019	0		
11/2019 Lido 00 12	11/2019	0		
12/2019 Lido 00 12	12/2019	0		

ECONOMIAS- CATEGORIAS / TIPOLOGIA  
1 Residencial - Normal

TABELA DE TARIFAS	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	VALOR
RESIDENCIAL TAXA DE CONSUMO (M3) E (R\$) R 12 3,2541 65 J2 26 0,0008 65 28 999999 1,688 65	VALOR REFERENTE AGUA - 39,05 > Residencial-Normal. 12,0 m3	39,05
NÃO RESIDENCIAL TAXA DE CONSUMO (M3) E (R\$)		
VENCIMENTO 20/03/2019	TOTAL A PAGAR 39,05	

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
14 MAR 2019  
DPVAT

INTEGRAMAÇÕES / ATUALIZAÇÕES

MESSAGEM  
Nossos arquivos acusam 4 debito(s). ATENCAO - SUJEITO A CORTE.  
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

## NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços conforme Lei Federal nº 11.448/2007, Art. 40, inciso V e Art. 687/95, Art. 6º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS DE CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESECONFORMIDADE	MÉDIA / M3	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2851	2845	0	1,47	0,2-5,0 mg/L
CORAPARENTE	2852	2531	321	9,52	inferior a 15
PH	2778	2784	74	6,57	6,00-9,50
TURBIDEZ	2854	2664	190	2,98	inferior a 5

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS DE CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESECONFORMIDADE	MÉDIA / M3	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	902	901	1	Ausência	Ausente
ESCHERICHIA COLI	902	902	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 08/03/2019 HORA DA EMISSÃO: 10:57

TC 1.36 20190809108709

# ÁGUAS DE TERESINA

MATRICULA 13261584-3	FATURA Nº 150744662 Mês/ANO 3/2019
VENCIMENTO 20/03/2019	VALOR A PAGAR 39,05

82670000000-1 39051535000-2 00201915074-3 46620100104-0



VISO DE DÉBITO \*\*\*

do(s) débito(s) abaixo relacionado(s).



**UNID. DE PRONTO ATENDIMENTO - RENASCENÇA**

Rua Rio Verde, 2810 - Renascença III - Fone: 86 3234 7074

TERESINA-PI CEP: 64082-110 CNPJ: 17.577.205/0015-32

**BOLETIM DE ENTRADA (BE)****DADOS DO PACIENTE:**

Imp: 03/12/2018 09:46:35

User: EDMAR JUNIOR

Estação: SA-AMCOTSSO-PC

Nome: FRANCISCO WAGNER CARDOSO		Prontuário: 132188	
Mãe: MARIA DO SOCORRO ARAUJO CARDOSO		Pai: FRANCISCO CARDOSO DA SILVA	
End.Resid.: RUA ALTINOPOLIS 6693 - PLANALTO URUGUAI - TERESINA - PI - CEP: -			
Nascimento: 31/07/1986	Idade: 32a4m3d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99527-0634
Responsável: O MESMO	CNS: 700009903920304		
Profissão:	Documento: CPF: 017.458.643-42		
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Ignorado		
End.Local: - - -			

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

Código: 308271	Entrada: 03/12/2018 09:12:10	Convênio: S U S	Processo: 9301060096
Motivo da Procura (Forma Paciente/Acomp): OUTRAS QUEIXAS			

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor leve recente	Cor: Verde
Breve História Clas. Risco: Pete relata acidente de moto ontem, com trauma em pé E. Nega alergia medicamentosa.		MAYARA FELICIANO DA SILVA E SOUSA COREN 277442 Em: 03/12/2018 09:16:20

SSV: .	(Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 m	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

**Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:**

TRAUMA  
DOR TORNOZELO E  
RX TORNOZELO E 2º PRAT TORNOZELO E  
CD. TALA GESSADA BOTA  
VC AO HUP

Dr. Edmar S. L. Junior  
Lus Heráclio de Mendonça Reis 1º TEN PM  
RGPM 105198193-2/ Mai 1445-9  
Insc: 3 Setor de Argum. Tec. 100

J CORRETORA  
DE SEGUROS

14 MAR 2019

DPVAT

Diagnóstico Inicial:  
Fratura do maléolo lateral

CID:  
S826

**Exames Complementares:****Prescrição Médica:**

DIPIRONA 2,0 CC AD EV  
DEXAMETASONA 1 AMP AD EV

**Motivo da Alta/Encerramento:**

Encaminhado para Exames

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Edmar S. L. Junior  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 2313 / CRM-MA 3294  
EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR  
CRM - 2313 Em: 03/12/2018 09:48:35



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 11/08/2020 09:51:33

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081109513284300000010664901

Número do documento: 20081109513284300000010664901



Prefeitura Municipal de Teresina  
Secretaria Municipal de Saúde

## CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

<b>AUTORIZAÇÃO:</b> 440431808	<b>Nº REGULAÇÃO:</b> 51587	<b>TIPO:</b> TRANSFERÊNCIA INTERHOSPITALAR
<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:</b> 7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA - (86) 3234-7074		
<b>ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:</b> 2323451 - HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM		
<b>LEITO:</b> ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		
<b>PACIENTE:</b> FRANCISCO WAGNER CARDOSO		<b>NASCIMENTO:</b> 31/07/1986

### DADOS CLÍNICOS

#### HISTÓRIA CLÍNICA:

TRAUMA DOR TORNOZELO ESQUERDO RX TORNOZELO ESQUERDO FRATURA TORNOZELO ESQUERDOCD TALA GESSADA  
BOTA ENCAMINHO PARA HUT

#### PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAME FÍSICO RX

#### EXAMES SOLICITADOS:

**DIAGNÓSTICO(CID):** FRATURA DO MALEOLO LATERAL

#### COMORBIDADE:

**PRESSÃO ARTERIAL:**

**FREQ. CARDÍACA:**

**SATURAÇÃO:**

**FREQ. RESPIRATÓRIA:**

**GLICEMIA:**

**NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:**

**USO DE O2:**

**USO DRUGAS VASOATIVAS:**

**USO ANTIBIÓTICOS:**

**USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:**

**DATA:** 03/12/2018 10:06:30

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

14 MAR 2019

Dr. Edmar S. L. Junior  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-MA 2313 / CRM-MA 3294

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

**DPVAT**

P/O *[assinatura]*  
Lorenna de Fátima Res. 1ª TEN PM  
RGPM 105198193-21 Val. 14: 05-9  
Cidade: 3 Setor de Apoio e Técnico





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



1 CORRETORA  
DE SEGUROS

14 MAR 2019

DPVAT

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

Em, 05/02/19

Setor do Arquivo Técnico do - 1499

Luiz Henrique Vitorino Reis 1º TEN PM  
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI  
RG: 180130193-1/Mat. 14495-9

NOME DO PACIENTE: prômicio wagner cardoso

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 432544/18

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 DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

Nº LAUDO: 155596  
AIH: 2218101885307

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b> UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA	<b>CNPJ</b> 0823169
<b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b> HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - IJPM	<b>CNPJ</b> 2323451

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

<b>CARTÃO SUS</b> 700009903920304	<b>NOME DO PACIENTE</b> FRANCISCO WAGNER CARDOSO	<b>NASCIMENTO</b> 31/07/1986	<b>SEXO</b> M	<b>PROFISSIONÁRIO</b> 632599
<b>DOCUMENTO</b> 86995270634	<b>CNPJ</b> 86995270634	<b>NOME DA MÃE</b> MARIA DO SOCORRO ARAUJO CARDOSO	<b>RESPONSÁVEL</b> FRANCISCO CARDOSO DA SILVA	<b>NUMERO / LOTE</b> 48
<b>CNP</b> 86995270634	<b>ENDEREÇO - LOGRADOURO</b> VIA QUEM TEM	<b>COMPLEMENTO</b> PLANALTO URUGUAI	<b>MUNICÍPIO</b> TUBAROSA	<b>UF</b> PI

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**  
TRAUMA DO TORNADOZILLO ESQUERDO RX TORNADOZILLO ESQUERDO FRATURA TORNADOZILLO ESQUERDO TALA GIBBADA ROTACIONAMENTO PARA DUT

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**  
TRANSFERÊNCIA

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)**  
EXAME FISTICORX

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

**CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL**  
S82.6 - FRATURA DO METACARPO I LATERAL

**CID 10 SECUNDÁRIO**

**CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS**

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

**COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**

0408050497 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BILATERAL TRIMETACARPO DA FRATURALIZACAO

**PJ CORRETORA DE SEGUROS**

**LEITO/CLÍNICA**

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA (MASCULINO)

**PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))**

14 MAR 2019

**CARACTER**

URGÊNCIA

**DATA SOLICITAÇÃO**  
03/12/2018

FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA COUTINHO  
CPF: 84127562315

**DPVAT**

**DATA ADMISSÃO**  
03/12/2018 18:25

**DATA ALTA**  
06/12/2018 15:18

**MOTIVO ALTA**  
MELHORADO

**CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)**

<b>Tipo Acidente</b>	<b>CNPJ SEGURADORA</b>	<b>Nº DO BILHETE SÉRIE</b>	<b>CNPJ DA EMPRESA</b>	<b>CNAE EMPRESA</b>	<b>CBORNALIZADA DA LÍNEA</b>
----------------------	------------------------	----------------------------	------------------------	---------------------	------------------------------

**AUTORIZAÇÃO**

**JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO**

<b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b> HENRIQUE ALMEIDA FILHO CPF: 0330631334	<b>CRM:</b> 1838-99	<b>DATA ANÁLISE:</b> 03/12/2018	<b>NOME DO PROFISSIONAL / PARCEIRO CONTRATO AVALIAÇÃO / AUDITÓRIA</b> CRM: DATA ANÁLISE:
---	------------------------	------------------------------------	--

**ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:**





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

355596

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:	2 - CNES	Atendimento
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	2323451	
3 - Nome do estabelecimento executante:	4 - CNES	839324
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	2323451	

Identificação do Paciente

5 - Nome:	FRANCISCO WAGNER CARDOSO	6 - Prontuário:	432589
7 - CNS:	700009303920304	8 - Nascimento:	31/07/1988
9 - Sexo:	M	CPF:	017.458.643-42
11 - Mãe:	MARIA DO SOCORRO ARAUJO CARDOSO	12 - Fone:	86-8.81937337 / 995270634
13 - Resp:	FRANCISCO CARDOSO DA SILVA	14 - Cor:	PARDA
15 - Ender.:	ALTINOPOLIS	16 - CEP:	64050-240
18 - Munic.:	TERESINA	17 - Cod. IBGE:	221100
		18 - UF:	PI
		RG:	28480-38

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Trauma no tornozelo eq

21 - Condições que justificam a internação:

Fract c/c

Assinado por: [Assinatura] em 11/08/2020 às 09:51:33  
CPF: 105188193-21 Mdt: 14495-9  
Cargo: Médico da Atenção Primária

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

Acromioclavicular + Kx + Ex físico

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: S823 25 - Cid Sec.: 26 - Cid C.Ass.:

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced.	27 - Procedimento Solicitado:	Tempo SUS
0408050497	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOME	3
29 - Clínica:	30 - Caracter.:	Ident.:
POSTO II	02	1
31 - Documento:	32 Doc. Med. Solic.	CPF:
		16778699841
33 - Nome Profissional / Assistente	34 - Data de Solicitação:	
LEANDRO PONCE LEAL	03/12/2018	

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - ( ) Acidente de Trânsito.	39 - CNPJ Seguradora:	42 - Nº. Bônus.	41 - Série
37 - ( ) Acidente de Trabalho Típico.	42 - CNPJ Empresa:	43 - CNAE, Empresa	44 - CBOR.
38 - ( ) Acidente de Trabalho Trajeto.			
45 - Vínculo com a Previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado			

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Data Autorização:	Assinado por: [Assinatura] em 11/08/2020 às 09:51:33 CPF: 105188193-21 Mdt: 14495-9 Cargo: Médico da Atenção Primária
48 - Documento	49 - Num. Documento	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	Usuário: JACQUELINE ALMEIDA
[Assinatura]	Consulte Local:
	Consulte SUS:
	Impressão: 18/26/24





Polícia Militar do Piauí  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL	FICHA DE PRONTUÁRIO		03/12/2018
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Nome: FRANCISCO WAGNER CARDOSO		Pront: 132598
IDEM OUTROS HOSPITAIS	Nasc.: 31/07/1986 Sexo: M	Convênio: SUS - INTERNACAO	
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	Atendimento: 839024	Enfermaria: POSTO II	ENF 212 LEITO Leito: 212
CLÍNICA	Pa: FRANCISCO CARDOSO DA SILVA		
	Mãe: MARIA DO SOCORRO ARAUJO CARDOSO		
Médico Assistente	RG: 2648038		
Permanência	Residência:		
CLÍNICA	ALTINOPOLIS Nr.: 6693 Cep: 64050240		
	Bairro: PLANALTO Cidade: TERESINA Telefone: 86 - 981937337		

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

*Exame no pronto socorro*

*Dr. Henrique*  
Dr. Henrique Vazquez Res 1º TEN PM  
RGPM 125198193 21 Mai 14495-9  
Chefe do Setor de Apoio Técnico

DIAGNÓSTICO		
Provisório: <i>fract. braço direito</i>	CID S823	
Principal: <i>Extremidade</i>	CID	
Procedimento:		
Sintomas e Sinais Principais <i>Fract</i>	Causa Médica	Histo - Patológico:

TRATAMENTO			
Tipo: <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Cirurgia <input checked="" type="checkbox"/> Médico Cirurgico	Terapêutica Médica <i>Exame</i>	Operação <i>Exame</i> Flávio Macedo, T.S. Coutinho Ortopedista - Especialista em Ortopedia CRM 130102	Eficácia <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Cirurgia <input checked="" type="checkbox"/> Médico Cirurgico
DURAÇÃO			
Data/Hora de Internação 03/12/2018 18:20:50	Data da Alta:	Data de Hospitalização	
ALTA			
Saída <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Internação p/ Diagnóstico	Transferência <input type="checkbox"/> Fisiologia <input type="checkbox"/> Psiquiatria <input type="checkbox"/> Outros	Óbito <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação	

THE

Assinatura:

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1258 - Fax: (86) 3216-1520  
CEP.: 64014-090 - Teresina - PI. CNPJ.: 07.444.159/0002-25 - CMC. 035.372-8





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



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 05 / 12 / 18  
Nº DO PRONTUÁRIO: 432599 SALA: 02  
CÓD DA CIRURGIA: 04080 5049.2

Descrição da Cirurgia:

Ruquiceano, 204 fms do aneurisma  
origem, anti-rupto, cecum, necro-  
lateral, 444 1 fms e perfuração.  
necro e cecum. Retorno de fms

Flávio Marcos S. Loureiro  
Ortopedista - Traumatologista  
CRM-PI 3102

Dr. Flávio  
Flávio Marcos S. Loureiro Res. 1º TEN 1M  
RGPM 105198193-27 Mat. 14495-9  
Chefe do Setor de Anestesia

Cirurgia: Fratura tornozelo

Cirurgião: Dr. Flávio

1º Auxiliar: Ad: Augusto

2º Auxiliar: —

3º Auxiliar: —

Instrumentador: Juss

Circulante: Marcia Rejane  
Enfermeira  
COREN 160657-TE



DATA: 05/12/18  
Nº DO PRONTUÁRIO: 492594 JALA 02  
CÓD DA CIRURGIA: 04080.02497

NOME: Principes Wayner Carbon <sup>25 anos</sup> Sexo: M ASA: 1  
 PROCEDIMENTO: Fract. comodelo <sup>(C)</sup> Apt/Ent e Lado:   
 CIRURGIÃO: Flavio AUX: Augusto ANEST: Nilton ANESTESIA: 545-02  
 INSTR.: LAVAL CIRC.: marcio INICIO: 12:30PM FIM: 17:05 SALA: 07  
 P.A. 160 F.C. 100 RESO: 17:05 Hf: 17:05 Glicemia  Creatina  Respir:

ESTRUTURA MATERIAL	OXIGENIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463
-----------------------	----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

SiO <sub>2</sub> (%)	94%	98%
E.C.G.		
EtCO <sub>2</sub> (mmHg)		

X ACIDE: HEDONOMETRIA VFA, L PA. MENA  
 \* FRECUENCIA CARDIACA ALTA. GASTROICA  
 TEMPERATURA

DIURESE (ml)

1) AVR	3600
2) monitor	
3) Plav. 1st	
Abocox	1250
gromet	5000
0200%	5000
4) Cefazolin	2g
	1000

Técnica Aléutica: Aguião de Ar: P.M. 634  
Comentários Adicionais: Ar, Ar Ar Ar, Ar Ar Ar  
259

Oxigenación	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> Oxígeno	<input checked="" type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> PAM	<input type="checkbox"/> Capnógrafo	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> PANI	<input type="checkbox"/> PVC	<input type="checkbox"/>		
	Flujo	Tiempo	Inicio	Fine	Tiempo
	Dióxido				
	N <sub>2</sub> O				
	Ar. Base				

### Medicamentos Utilizados

Adrenalina	.....	Amp
Água dest. 10ml	.....	Amp
Atropina	.....	Amp
Bextra	.....	Amp
Bromopride	.....	Amp
Cefazolin 1g	.....	Fr
Cefotolil	.....	Fr
Ciprofloxacina	.....	Fr
Clonidil	.....	Amp
Colóide ( )	.....	Fr
Dexametazona	.....	Amp
Diazepam	.....	Amp
Dimorf	.....mg	Amp
Diclonal	.....	Amp

Dofetilina			Amp
Droperidol			Amp
Efedrina			Amp
Efedrina			Amp
Enflurano			ml
Fentanil			ml
Fentanil (SAC)			Amp
Halotano			ml
hidrocortisona			ml
isoflurano			ml
Jelco n°			Und
Lidocaina	%	v	Fr
Majefekopranidol			Amp
Maretnol			Fr

Metoclopramide	Fr
Metronidazole	Fr
Neocaine Pae 0.5%	Amp
Nercon	Amp
Novabupl 0.5%	Fr
Nubain	Amp
Neocaine % V	Fr
Neocaine 0.5% isobar	Amp
Neostigmina	Amp
Omeprazole	Fr
Ondasistone	Amp
Polsol Cal	Fr
Pantoprazolo	Amp
Preisdid	Fr

Propofol	ml	Amp
Ramifedina		Amp
Quenico		Amp
Quetamina	ml	
Ramifentanil		Fr
Ringer-lactato		Fr
S. Fisiodiol 0,1%	ml	Fr
S. Glucosado 1%	ml	Fr
Scalpa n°		Und
frascar		Amp
Ytali		Fr
Tiopental		Fr

Dr. Nilson Ribeiro Soares  
Médico Anestesiologista  
CRM - PI 1599 / URM - MA 3749





**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

**PEDIDO:** 129758  
**PACIENTE:** FRANCISCO WAGNER CARDOSO  
**NOME DA MÃE:** MARIA DO SOCORRO ARAUJO CARDOSO  
**DATA DO NASCIMENTO:** 31/07/1986  
**MÉDICO SOLICITANTE:** CRM  
**DATA DA REALIZAÇÃO:** 03/12/2018  
**DATA DO LAUDO:** 12/12/2018  
**CONVÊNIO:** SUS - INTERNACAO

**RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ESQUERDO EM DUAS INCIDÊNCIAS**

Achados:

Fratura oblíqua localizada na região metadiáfisária distal da fíbula, associada a aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

Fratura oblíqua localizada na região metadiáfisária distal da fíbula, associada a aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

*Ednan Soares Coutinho*  
RGPM 405196193-27 Mai. 14495-9  
Chefe do Setor de Arquivo Técnico



*Liege Ribeiro Soares de Sampaio*  
CRM-PI 4173

**LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO**  
CRM: 4173

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

Telefone: (86) 3227-6286  
Fax: (86) 3218-1520





**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERIDE**

*"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"*

**PEDIDO:** 130413  
**PACIENTE:** FRANCISCO WAGNER CARDOSO  
**NOME DA MÃE:** MARIA DO SOCORRO ARAUJO CARDOSO  
**DATA DO NASCIMENTO:** 31/07/1986  
**MÉDICO SOLICITANTE:** CRM  
**DATA DA REALIZAÇÃO:** 03/12/2018  
**DATA DO LAUDO:** 11/12/2018  
**CONVÊNIO:** SUS - INTERNACAO

**RADIOGRAFIA DO TORNOZELO ESQUERDO EM DUAS INCIDÊNCIAS**

Fratura distal da fíbula esquerda.

Fixação ortopédica.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

Fratura óssea.

- Controle -

*[Assinatura]*  
Marta Maria Pinheiro de Sousa Res 1ª TEN PM  
RGPM 105198193-21 Mat 14-95-9  
Fone: 3216-1520

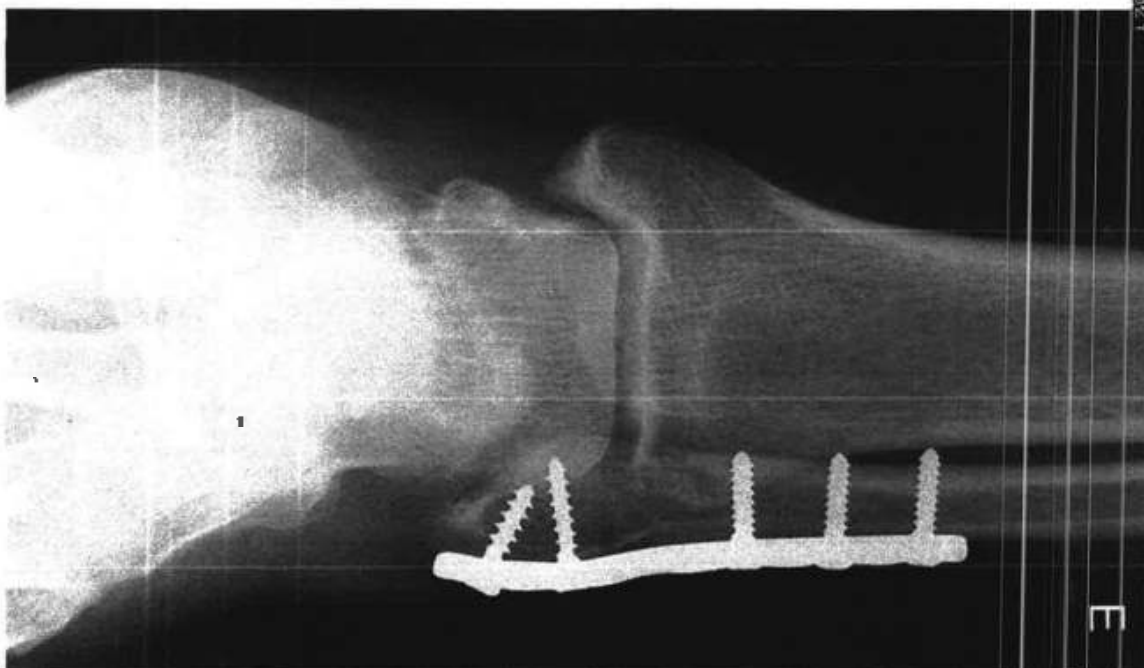
**MARTA MARIA PINHEIRO DE SOUSA**  
CRM: 1063

Av. Higino Cunha, 16-12 - Jhotas - Teresina-PI  
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3227-8285  
Fax (86) 3216-1520



ID: 130413  
Paciente: FRANCISCO WAGNER CARDOSO  
Idade: 08/12/2018  
Sexo: M



Moat 08:10  
Exame: 08/12/2018

HPM

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 11/08/2020 09:51:33  
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081109513284300000010664901  
Número do documento: 20081109513284300000010664901







Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 11/08/2020 09:51:33  
 RGFP 105198193-21 Matr. 4495-9  
 C/Rede -> Setor de Apoio Técnico



H012 08:48

HPM

ID: 129768  
 Paciente: FRANCISCO WAGNER CARDOSO  
 Idade: 62Y  
 Sexo: M



URGÊNCIA



CLÍNICA  
SÃO LUCAS

# CLÍNICA SÃO LUCAS

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

RUA PAISSANDÚ, 2420 CEP 64001-120 TERESINA-PIAUÍ  
FONES: (86) 3221-6600 / 3221-7031

Nome do Paciente:

Caio Medeiros

## ORTOPEDISTAS

### ATENDIMENTO EM CONSULTÓRIO

Dr. Isâmio Vasconcelos  
Dr. Gerardo Vasconcelos  
Dr. Roberto Wanderlan  
Dr. Albert B. Medeiros  
Dr. Miguel Reis Filho  
Dr. Daniel Modesto

### CLÍNICA MÉDICA:

Dr. Isâmio Mesquita

### PLANTONISTAS:

Dr. Gerardo Vasconcelos  
Dr. Isâmio Vasconcelos  
Dr. Albert B. Medeiros  
Dr. José Carlos Mendes  
Dr. Bergiel Bezerra  
Dr. Roberto Wanderlan  
Dr. Elias Barbosa  
Dr. Miguel Reis Filho  
Dr. Aziel Leão  
Dr. Daniel Modesto

Aziel Leão  
TEOT 14404  
Ortopedia e Traumatologia  
Clínica São Lucas

17/03/19

Atesto para as devidas  
fins que Francisco Wagner  
Gordão foi submetido à fratura  
cirúrgica de fratura do malleolo lateral  
após acidente de trânsito após reabilitação  
evolu com dor limitadas  
funcionais de 50% aumento por  
cento de tempo de  
excesso.

VOLTANDO À CONSULTA, QUEIRA TRAZER ESTA RECEITA

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

15 ABR 2019

DPVAT



DATA: 03-12-18

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

Nome: FRANCISCO WAGNER CARDOSO

DOC. IDENTIDADE (RG) EMISSOR: 2648038 SSP PI

CPF: 017.458.643-42 DATA NASCIMENTO: 31/07/1986

Assinatura: FRANCISCO CARDOSO DA SILVA MARIA DO SOCORRO ARAUJO CARDOSO

PERMISSAO: A

IP REGISTRO: 04643181990 VALIDADE: 29/07/2019 HABILITACAO: 14/05/2009

Assinatura: Francisco Wagner Cardoso

LOCAL: TERESINA DATA DE EMISSAO: 17/03/2013

00198152985  
P1315389826

DETRAN PI (PIAUI)

VALIDADE EM TODAS O DEPARTAMENTO NACIONAL 1085462456

VALIDADE EM TODAS O DEPARTAMENTO NACIONAL 1085462456

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
14 MAR 2019  
DPVAT



## IDENTIFICAÇÃO

VITIMA FRANCISCO Nogueira CardosoDATA DO ACIDENTE 08.10.2019 CPF DA VITIMA 034.458.643-42

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR DA VITIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESSO COMA VITIMA É FRANCISCO Nogueira CardosoENDEREÇO DO PORTADOR BOAS PLUVAS VERGAT 0:116Nº 041 COMPLEMENTO CASA BAIRRO Vale Quei TenCIDADE TERESTINA UF PE CEP 64.057-400E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (86) 99443-3468

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) LAUDO DO INEL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INEL, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INEL

(ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

(X) NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTO - R\$ 13.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PRESENTA NA LEI 6.194/74. DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - RESCISÃO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO, ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS)

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTRADA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA  
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO  
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR [WWW.DPVATSEGURODOPRATAS.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOPRATAS.COM.BR) OU LIGAR GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

14.03.19

IDENTIDADE

2648038/59105

DATA

14 MAR 2019

NOME

FRANCISCO Nogueira Cardoso

ASSINATURA

ASSINATURA

FRANCISCO Nogueira Cardoso

PJ CORRETORA

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DO SEGURO



Eco Girls

51125711  
3190/198162

Eu, FRANCISCO WAGNER CARDOSO RG: 2648038 SSP/PE e  
CPF: 017.458.643-42,  
ENDEREÇO: CONJUNTO RAINHA URUGUAI, Q-A16 - CASA-041  
BAIRRO: VALE QUEM TEM - TERESINA - PE CEP: 64.057-400

GOSTARIA DE PEDIR O REANÁLISE DO MEU PROCESSO DE  
INVALIDEZ. QUE O VALOR QUE RECEBI É MUITO POUCO PARA  
LESÃO QUE TENHO, NÃO CONSEGO REALIZAR MANEIRAS ATIVIDADES  
DE TRABALHO. POR CONTA DAS FORTES DORES QUE  
SINTO NO MEU PÉ ESQUERDO, AINDA ENCHA MUITO  
E TAMBÉM NÃO TENHO ESTABILIDADE NO MEU PÉ, AINDA  
CAMINHO COM O AUXÍLIO DE MOLETAS. PEÇO QUE A  
SEGURADORA LIDER ME MANDAR PARA UMA PERÍCIA  
MÉDICA, PARA QUE A PERÍCIA CONSTATE A LESÃO  
QUE TENHO EM PÉ ESQUERDO. AGRADEÇO A  
SEGURADORA LIDER, POR RECEBER O MEU PEDIDO  
DE REANÁLISE.

TERESINA-PE 15.04.2019



Francisco Wagner Cardoso

www.ecogigacabels.com.br



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190198162 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO WAGNER CARDOSO **Data do acidente:** 02/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 21/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO) E ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** 7 9 11

### 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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190198162 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO WAGNER CARDOSO **Data do acidente:** 02/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 22/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### DANOS

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



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0086868/19

**Vítima:** FRANCISCO WAGNER CARDOSO

**CPF:** 017.458.643-42

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 02/12/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FRANCISCO WAGNER CARDOSO

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**FRANCISCO WAGNER CARDOSO : 017.458.643-42**

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/03/2019  
Nome: FRANCISCO WAGNER CARDOSO  
CPF: 017.458.643-42

FRANCISCO WAGNER CARDOSO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/03/2019  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

