





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
<b>FRANCISCO WAGNER CARDOSO (AUTOR)</b>	<b>CIRA SAKER MONTEIRO ROSA (ADVOGADO)</b> <b>RAMON ALEXANDRINO COELHO DE AMORIM (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11255 711	11/08/2020 09:51	<a href="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></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

Pag. 01183/01184 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020592

Carta nº 14066706



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 11/08/2020 09:51:33  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008110951328430000010664901>  
Número do documento: 2008110951328430000010664901

Num. 11255711 - Pág. 1

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, retorno 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**



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
057.458.643-42 FRANCISCO WAGNER CARDOSO				
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SJ/SEP N° 445/2012				
Nome completo:		CPF:	057.458.643-42	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:	
Bairro:	Lev. PLANALTO URGUAI - Q = A 16	643	CASA	
E-mail:	Vale que tem	Cidade:	TERESINA	Estado: PI
		CEP:	64.053-400	
		Tel.(DDD):		

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

## RENDIMENTO MENSAL:

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECUZO 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\$10.000,00        |

PRODUTORA

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA DE SEGUROS

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

- |  |   |
|--|---|
| <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) |

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: 14 MAR 2019

AGÊNCIA: 2004

CONTA: 0072831

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA: DPVAD

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, 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:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem 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 RÔGÓ



Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1º   Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º   Nome: _____
CPF: _____

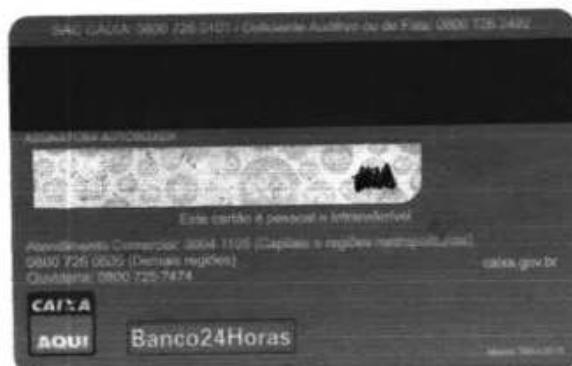
Assinatura

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 RÔGÓ, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cléncia do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 11/08/2020 09:51:33  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008110951328430000010664901>  
Número do documento: 2008110951328430000010664901

Num. 11255711 - Pág. 5



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: Francielede 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)

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2648038 SSP-PI

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 NOTICIANTE.

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

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

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

Delegado de Polícia

14 MAR 2019

DPVAT

Boletim de Ocorrência emitido em: 07/03/2019 15:18

2011-2019 ATI

Página 1/1

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	057.458.643-42	FRANCISCO WAGNER CARDOSO		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SJ/SEP N° 445/2012				
Nome completo:	FRANCISCO WAGNER CARDOSO		CPF:	057.458.643-42
Profissão:	Endereço:	Lev. PLANALTO URGUAI - Q = A 16	Número:	643
Bairro:	Cidade:	TERESINA	Estado:	PI
E-mail:			CEP:	64.053-400
			Tel.(DDD):	

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

#### RENDIMENTO MENSAL:

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECUSO 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\$10.000,00        |

**PRODUTORA**

#### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA DE SEGUROS

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

- |  |   |
|--|---|
| <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) |

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_ 14 MAR 2019

AGÊNCIA: 2004

CONTA: 0072831

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: 0072831

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, 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.

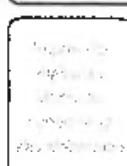
#### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem 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 RÔGÓ

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

#### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

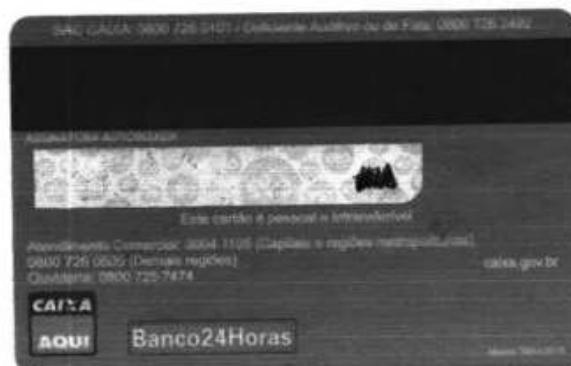
Assinatura do Representante Legal (se houver)

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 RÔGÓ, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cléncia do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 11/08/2020 09:51:33  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008110951328430000010664901>  
Número do documento: 2008110951328430000010664901

Num. 11255711 - Pág. 8

**TERESINA UNID. DE PRONTO ATENDIMENTO - RENASCENÇA**  
 Rua Rio Verde, 2810 Renascença III - Fone: 86 3234 7074  
 TERESINA-PI CEP: 64062-110 CNPJ: 17.577.205/0015-32

**BOLETIM DE ENTRADA (BE)**

**DADOS DO PACIENTE:**

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

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<u>Código:</u> 308271	<u>Entrada:</u> 03/12/2018 09:12:10	<u>Convênio:</u> S U S	<u>Proced:</u> 0001060096
<u>Motivo da Procura</u> (Forme Paciente/Acomp): OUTRAS QUEIXAS			

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u> PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	<u>Classificação:</u> Dor leve recente	<u>Cor:</u> Verde
<u>Breve História Clas. Risco:</u> Pote relata acidente de moto ontem, com trauma em pé E. Nega alergia medicamentosa.		MAYARA FELICIANO DA SILVA E SOUSA COREN 271442 Em: 03/12/2018 09:16:20

<u>SSVV:</u> . (Hora: ____)	<u>Peso:</u> 0,00 Kg <u>Altura:</u> 0,00 m <u>IMC:</u> 0,00 Kg/m <sup>2</sup> <u>P脉:</u> bmp <u>Pressão:</u> mmHg
<u>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</u> TRAUMA DOR TORNозELO E RX TORNозELO E 2F FRAT TORNозELO E CD. TALA GESSADA BOTA NC AO HUT	
<p style="text-align: right;">14 MAR 2019</p> <p style="text-align: center;">PJ CORRETORA DE SEGUROS</p> <p style="text-align: center;">DPVAT</p>	
<u>Diagnóstico Inicial:</u> Fratura do maléolo lateral	
<u>Exames Complementares:</u>	
<u>Prescrição Médica:</u> DIPIRONA 2,0 CC AD EV DEXAMETASONA 1 AMP AD EV	

<u>Motivo da Alta/Encerramento:</u>	
<u>Encaminhado para Exames</u>	<u>DATA:</u> / / <u>HORA:</u> : : <u>Assinatura:</u> Dr. Edmar S. L. Júnior

<u>Assinatura Paciente ou Responsável</u>	<u>Assinatura:</u> Dr. Edmar S. L. Júnior Ortopedia / Traumatologia CRM-PI 2313 / CRM-MA 3291 Data: 03/12/2018 09:48:35 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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 11/08/2020 09:51:33  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008110951328430000010664901>  
Número do documento: 2008110951328430000010664901

Num. 11255711 - Pág. 10

ÁGUAS DE  
AE TERESINA

CNPJ 27257474000106 - IE 195965574  
Av. Odilon Araújo, 1035, Picanha - CEP 64017-280, Teresina - PI  
Telefone(s) 0800 223 2066 ou 115 / (86) 98124-3199

TC 1-36  
30198889100709

MATRÍCULA 13261584-3  
FATURA Nº 150744662  
MÊS/ANO 3/2019

HOME/ENDEREÇO		CNPJ 27257474000106 - IE 195965574 Av. Odilon Araújo, 1035, Picanha - CEP 64017-280, Teresina - PI Telefone(s) 0800 223 2066 ou 115 / (86) 98124-3199																																
MORADOR ANTONIO ATAIDES VIEIRA DA SILVA																																		
CON PLANALTO URUGUAI, Q-A16-CASA-Q41-VALE QUEM TEM-TERESINA-PI-cep:64057400																																		
LOCALIZAÇÃO 004-00030-002005		GRUPO 004	NÚMERO DO MÍDIA METRO																															
HISTÓRICO DE CONSUMO MÊS/ANO - TÍPO: 02/2019 Lído 03/2019 Lído 04/2019 Lído 05/2019 Lído 06/2019 Lído 07/2019 Lído 08/2019 Lído 09/2019 Lído		ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO/TARIFA 1 Residencial - Normal																																
DATA ANTERIOR 06/02/2019 0 ATUAL 08/03/2019 0		CONSOLIDADO MÊS/ANO 12	VALOR DE FATURA MÉS PASEP 39,05M 0,65M 0,64 COTAS 0,00M 0,00M 0,00M																															
TABELA DE TARIFAS RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO MÊS/ANO 0 12 3.2641 65 12 26 5.0008 65 26 999999 9.1688 65		DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA VALOR REFERENTE ÁQUA - 39,05 > Residencial-Normal 12,0 m <sup>3</sup> 39,05																																
NÃO PODEMOS FAZER A CONFERIR ESTA FATURA		VERGULHA 20/03/2019																																
NOTA DE AVISOS / AVISOS LEGAIS		TOTAL A PAGAR 39,05																																
MENSAGEM NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 4 DEBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE. PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.																																		
NOTIFICAÇÃO Após 30 dias do vencimento, o não pagamento dessa fatura estacionária, a suspenderá os serviços conforme Leis Federais nº. 5.445/2007, Art. 40, Inciso V e nº. 8.637/93, Art. 6º, IIº Inciso II.																																		
CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁQUA DISTRIBUÍDA (PAC N° 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PARÂMETROS</th> <th>AMOSTRAS REALIZADAS</th> <th>AMOSTRAS DE CONFORMIDADE</th> <th>AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE</th> <th>MÉDIA / MDS</th> <th>VALOR PERMITIDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CLORO LIVRE</td> <td>2851</td> <td>2845</td> <td>0</td> <td>1,47</td> <td>0,2-5,0 mg/L</td> </tr> <tr> <td>COR-AMARELO</td> <td>2852</td> <td>2531</td> <td>321</td> <td>9,52</td> <td>INFERIOR A 15</td> </tr> <tr> <td>PH</td> <td>2778</td> <td>2784</td> <td>74</td> <td>6,57</td> <td>6,00-9,50</td> </tr> <tr> <td>TURBIDEZ</td> <td>2854</td> <td>2664</td> <td>190</td> <td>2,98</td> <td>INFERIOR A 5</td> </tr> </tbody> </table>					PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS DE CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MDS	VALOR PERMITIDO	CLORO LIVRE	2851	2845	0	1,47	0,2-5,0 mg/L	COR-AMARELO	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
PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS DE CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MDS	VALOR PERMITIDO																													
CLORO LIVRE	2851	2845	0	1,47	0,2-5,0 mg/L																													
COR-AMARELO	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 ÁQUA DISTRIBUÍDA (PAC N° 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PARÂMETROS</th> <th>AMOSTRAS REALIZADAS</th> <th>AMOSTRAS EM CONFORMIDADE</th> <th>AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE</th> <th>MÉDIA / MDS</th> <th>VALOR PERMITIDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>COLIFORMES TOTAL</td> <td>902</td> <td>901</td> <td>1</td> <td>Ausência</td> <td>Ausente</td> </tr> <tr> <td>ESCHERICHIA COLI</td> <td>902</td> <td>902</td> <td>0</td> <td>Ausência</td> <td>Ausente</td> </tr> </tbody> </table>					PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MDS	VALOR PERMITIDO	COLIFORMES TOTAL	902	901	1	Ausência	Ausente	ESCHERICHIA COLI	902	902	0	Ausência	Ausente												
PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MDS	VALOR PERMITIDO																													
COLIFORMES TOTAL	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 20198889100709	ÁGUAS DE AE TERESINA		
MATRÍCULA 13261584-3	FATURA Nº 150744662 MÊS/ANO 3/2019		
VENCIMENTO 20/03/2019	VALOR A PAGAR 39,05		

62670000000-1 39051535000-2 00201915074-3 46620100104-0

VISÃO DE DEBITO \*\*\*

de(s) débito(s) abaixo relacionado(s).



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 11/08/2020 09:51:33  
http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008110951328430000010664901  
Número do documento: 2008110951328430000010664901

Num. 11255711 - Pág. 11

TERESINA UNID. DE PRONTO ATENDIMENTO - RENASCÊNCIA  
Rua Rio Verde, 2810 Renascença III - Fone: 86 3234 7074  
TERESINA-PI CEP: 64062-110 CNPJ: 17.577.205/0015-32

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO WAGNER CARDOSO		Prontuário: 132188
Mãe: MARIA DO SOCORRO ARAUJO CARDOSO	Pai: FRANCISCO CARDOSO DA SILVA	
End. Resid.: RUA ALTIMOPOLIS 6693 - PLANALTO URGUAI - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento: 31/07/1986	Idade: 32a4m3d	Sexo: Masculino Fone: 86-95527-0634
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 S S	Proced.: 0301060096
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: Bota 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 09:16:24

SSVV: (Hora: ____ : ____)	Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 m	IMC: 0,00 Kg/m2	P脉: bmp	Pressão: mmHg
Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: TRAUMA DOR TORNOCOLO E RX TORNOCOLO E 2P FRAT TORNOCOLO E CD. TALA GESSADA BOTA NC AG HUT					
PJ CORRETORA DE SEGUROS 14 MAR 2019					
Diagnóstico Inicial: Fratura do maléolo lateral	DPVAT				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: / : /	Dr. Edmar S. L. Junior

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



**CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**  
**COMPROVANTE DE REGULACAO**

<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 RENASCENCA - (86) 3234-7074		
<b>ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:</b> 2323451 - HOSPITAL DA POLICIA 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 DUR TORNOZELO ESQUERDO RX TORNOZELO ESQUERDO FRATURA TORNOZELO ESQUERDO CD TALA GESSADA  
BOTA ENCAMINHO PARA HUT

**PROVAS DIAGNÓSTICAS:**

EXAME FISICORX

**EXAMES SOLICITADOS:**

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

**COMORBIDADE:**

**PRESSÃO ARTERIAL:**      **FREQ. CARDÍACA:**      **SATURAÇÃO:**      **FREQ. RESPIRATÓRIA:**

**GLICEMIA:**      **NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:**      **USO DE O2:**

**USO DROGAS VASOATIVAS:**

**USO ANTIBIÓTICOS:**

**USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:**

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

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

14 MAR 2019

**DPVAT**

**MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO**

Dr. Edmar S. L. Júnior  
Ortopedia/ Traumatologia  
CRM-MT 2313 / CRM-MG 3294

Dr. Edmar S. L. Júnior  
Ortopedia/ Traumatologia  
CRM-MT 2313 / CRM-MG 3294  
RGPF: M15198193-21 Nef. 14: 95-9  
CNPJ: 15.860.649/0001-00





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



NOME DO PACIENTE: francisco wagner cardoso

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 432599/1

Obs: Não fornecemos 2ª via.

Setor do Arquivo Técnico da HPMPI

Lúcio Henrique Vaz e Souza Neto 1º TET PM  
Chefe do Setor de Arquivo Técnico da HPMPI  
RG: 106118193-2 Mat. 14485-0

*lúcio henrique*  
lúcio henrique vaz e souza neto 1º tett pm  
rg: 106118193-2 mat. 14485-0  
chefe do setor de arquivo técnico



HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMPI  
Av. Higino Cunha, N° 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI  
CEP 64.014-220  
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENCA

CNES  
1873168

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIREITO ARCOVORIDE - HPM

CNES  
2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS NOME DO PACIENTE  
00009903920304 FRANCISCO WAGNER CARDOSO

NASCIMENTO SEXO PRONTO-UÁRIO  
31/07/1986 M 632599

DOCUMENTO CPF TIT/TITON NOME DA MÃE:

RESPONSÁVEL

8699527/0634 MARIA DO SOCORRO ARAUJO CARDOSO

FRANCISCO CARDOSO DA SILVA

CEP ENDEREÇO - LOGRADOURO

NUMERO / LOTE

BAIRRO

COMPLIMENTO

MUNICÍPIO

UF

VALOR QUIM TCM

PLANALTO URGUAI

TOURSINA

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

TRAUMA DOR TORNозHO ESQUERDO RX TORNозHO ESQUERDO FRATURA TORNозHO ESQUERDO TAJA GESSADA BOTAMONHO PARA HUT

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO  
TRANSPIRACAO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRÓVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)  
EXAME FISICORX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

10/12/2018  
Assinatura: Henrique Almeida Filho  
Res. 1º Ten PM  
Reg. 186498-93-21 Mac. 14495-9  
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL:  
S826 - FRATURA DO MÂDIOLO LATERAL

CID 10  
SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS  
ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRICAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0400050497 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA MÂDIOLO LATERAL TRIMÂDIO LATERAL DA FRATURA LIGAMENTAR

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

LITIO/CLÍNICA

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA (MASCULINO)

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

14 MAR 2018

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA  
SOLICITAÇÃO

03/12/2018

FLAVIO MACIEL BARBOSA DE SANTANA COUTINHO

CRM:

DPVAT

DATA ADMISSÃO

03/12/2018 18:25

DATA ALTA

06/12/2018 15:18

MOTIVO ALTA

MILITARIZADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ  
SEGURADORA N.º DO BILHETE SÉRIE: CNPJ DA  
EMPRESA CNAE  
EMPRESA CBORNAUTIZADA  
LISÃO

AUTORIZAÇÃO  
JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO (Nº  
DO CONSELHO)) NOME DO PROFISSIONAL / PARCERIA CONTRATADA  
AVALIAÇÃO / AUDITORIA

HENRIQUE ALMEIDA FILHO  
CPF: 03300831334

CRM:

DATA ANÁLISE: 03/12/2018

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



Nº. de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

355396

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

## Identificação do Paciente

5 - Nome:	FRANCISCO WAGNER CARDOSO	6 - Prontuário:	432589
7 - CNS:	700009903920304	8 - Nascimento:	31/07/1968
11 - Mãe:	MARIA DO SOCORRO ARAUJO CARDOSO	9 - Sexo:	M CPF: 017.458.643-42
13 - Resp:	FRANCISCO CARDOSO DA SILVA	12 - Fone:	86-9.81937337 / 998270634
15 - Ender:	ALTINOPOLIS 6693	14 - Cor:	PARDA
16 - Munic:	TERESINA	17 - Cod. IBGE:	221100 18 - UF: PI RG: 28480-38

## Justificativa da Internação

## 20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

*Trauma motociclista ag*

## 21 - Condições que justificam a Internação:

*Fract. clm*

*do jardim  
R. Henrique Vaz de Reis 170 PM  
RG 105.198.193-2/ Mat. 14495-9  
Dra. do MDR da Agmto Teixeira*

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

*Acromegaly + ex hba*

23 - Diagnóstico Inicial: 24 - Cld Princ.: SB23 25 - Cld Sec.: 26 - Cld 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 TORNOSSE	3
29 - Clínica:	30 - Carater:	Ident. 31 - Documento: 32 Doc. Med. Solic.
POSTO II	02	CPF 16778699841
33 - Nome Profissional / Assistente LEANDRO PONCE LEAL	34 - Data de Solicitação: 03/12/2018	<i>Pronto para cirurgia 03/12/2018</i>

## Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

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

## Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Data Autorização:	<i>10/12/18</i>
48 - Documento	49 - Num. Documento	<i>Luis Edson dos Santos Assinado de 03/12/2018 Assinado de 03/12/2018 Assinado de 03/12/2018 Assinado de 03/12/2018</i>

## 61 - Assinatura Paiciente ou Responsável.

*Francisco Wagner Cardoso*

Usuário: JACQUELINE ALMEIDA  
Consulta Local:  
Consulta SUS:  
Impressão: 14:26:31





**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.: 132698
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		Pal: FRANCISCO CARDOSO DA SILVA		
Médico Assistente		Mae: MARIA DO SOCORRO ARAUJO CARDOSO		
Permanência		RG: 2648038		
CLÍNICA		Residência:		
		ALTIMOPOLIS 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.

*Ficou mo no horizonte* *Edna*

*03/12/2018*  
Min. Hora de Expedição Reg 1º TEN PM  
RGPM 132698193 21 Mai 14495-9  
Chefe de Setor de Atend. Terceiro

DIAGNÓSTICO			
Provisório:	<i>frist bono zulu g</i>	CID:	S823
Principal:	<i>okarne</i>	CID:	
Procedimento:	<i>okarne</i>	Causa Médica	Histó - Patológico:
Sintomas e Sinais Principais	<i>Edna</i>		

TRATAMENTO			
Tipo:	Terapêutica Médica	Operação	Eficácia
<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Cirurgia <input checked="" type="checkbox"/> Médico Cirúrgico	<i>Cirurgico</i>	<i>okarne</i> Flávio Macêdo Ortopedista CRM 115102	<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Cirurgia <input checked="" type="checkbox"/> Médico Cirúrgico
DURAÇÃO			
Data/Hora de Internação	Data da Alta:	Data da Hospitalização	
03/12/2018 18:20:50	/ /	/ /	
ALTA			
Saída	Transferência	Óbito	
<input type="checkbox"/> Curedos <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Internação p/ Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Divisão Médica <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Evasão <input type="checkbox"/> P. Ambulatório	<input type="checkbox"/> Fisiologia <input type="checkbox"/> Psiquiatria <input type="checkbox"/> Outros	<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) 3218-1258 - Fax: (86) 3216-1520  
CEP.: 64014-090 - Teresina - PI - CNPJ.: 07.444.159/0002-25 - CMC. 035.372-8



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 11/08/2020 09:51:33  
http://tpj.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008110951328430000010664901  
Número do documento: 2008110951328430000010664901

Num. 11255711 - Pág. 17



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: 0408050492

Descrição da Cirurgia:

Rugosidade, DDA feita de excesso de  
osso, artroscopia, cecotomia, resecção  
lateral, RFA e placa e parafuso.  
muro e cecotomia. Detritos de fezes

Flávio M. S. P.   
Ortopedista - Traumatologista  
CRM-PI 3102

Flávio M. S. P.   
Ortopedista - Traumatologista  
CRM-PI 3102

Flávio M. S. P.   
Ortopedista - Traumatologista  
CRM-PI 3102

Cirurgia:	Fratura Túrozele
Cirurgião:	Dr. Flávio
1º Auxiliar:	Adv: Augusto
2º Auxiliar:	—
3º Auxiliar:	—
Instrumentador:	Flávio
Circulante:	Marcia Rejane Enfermeira COREN #60657-TE



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

(839024)

<b>BOLETIM DE ANESTESIA</b>		DATA: 15/12/18 Nº DO PRONTUÁRIO: 932594 ALA 67 CÓD DA CIRURGIA: 04080.0297		
NOME: <i>Francisco Wagner Cardoso de Souza</i> SEXO: <i>M</i> ASA: <i>1</i> PROCEDIMENTO: <i>Fret tomografia</i> CIRURGÃO: <i>Flávio</i> INSTR.: <i>Lean</i> P.A. <i>160</i> F.C. <i>1705</i> PESO: <i>75</i> Hgt: <i>170</i> Glicemia: <i>171.03</i> Creatina: <i>0.7</i> Rrápido: <i>...</i>				
<b>OXIGENIO</b> 1 2	<i>5 litros</i>			
	<i>50% 50%</i>			
<b>REPOSIÇÃO</b> VOLTAGEM	<i>110V</i>			
	<i>110V</i>			
<b>MONITORIZAÇÃO</b> X: <i>Fluoroscopia</i> Y.R.A. <i>Y</i> P.A. <i>PA</i> * <i>Monitorização cardíaca ALTA</i> <i>DIÁSTOLICA</i> Y.E.M. <i>Extratorna</i>	<i>ECG</i> <i>EtCO<sub>2</sub> mmHg</i>			
	<i>94%</i> <i>98%</i>			
<b>DIVURESE (ml)</b>		<i>250</i>		
<b>Técnica Anestésica</b> <i>Regional</i>		<b>MONITORIZAÇÃO</b>		
<i>Comentários Adicionais</i> <i>anterior, fcr lúpulo, aquela</i>		<input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> PAM <input type="checkbox"/> PANI  <input type="checkbox"/> Oximetro <input type="checkbox"/> Capnógrafo <input type="checkbox"/> PVC		
<i>250</i>		<b>Medicamentos Utilizados</b>		
Adrenalina <i>... Amp</i> Água dest. 10ml <i>... Amp</i> Atropina <i>... Amp</i> Bextre <i>... Amp</i> Bromopride <i>... Amp</i> Cefazolina 1g <i>Fr</i> Cefatoline <i>... Fr</i> Ciprofloxacinha <i>Fr</i> Clonidina <i>... Amp</i> Colágeno <i>... Fr</i> Dexmetazona <i>... Amp</i> Diazepam <i>... Amp</i> Dimerol <i>mg</i> <i>... Amp</i> Dipirona <i>... Amp</i>		Dofetilina <i>... Amp</i> Drotéridol <i>... Amp</i> Efectol <i>... Amp</i> Efedrina <i>... Amp</i> Enflurano <i>... ml</i> Fentanil <i>... ml</i> Fentadol (S/C) <i>... Amp</i> Halotano <i>... ml</i> Hidrocortisona <i>... ml</i> Isoflurano <i>... ml</i> Jelco n° <i>... ml</i> Lidocaina <i>... % V</i> <i>Fr</i> Metoclopramida <i>... Amp</i> Morfina <i>... Fr</i>	Midazolam <i>... Fr</i> Metronidazol <i>... Fr</i> Nocaína 0,05% <i>... Amp</i> Narket <i>... Amp</i> Novocaina 0,5% <i>... Fr</i> Nubain <i>... Amp</i> Neocaina <i>... % V</i> <i>Fr</i> Neocaina 0,5% isobar <i>... Amp</i> Neostigmina <i>... Amp</i> Omeprazol <i>... Fr</i> Ondasalofona <i>... Amp</i> Poliss. Cal <i>... Fr</i> Paracetamol <i>... Amp</i> Prostalid <i>... Fr</i>	Propofol <i>... ml</i> <i>... Amp</i> Ranitidina <i>... ml</i> <i>... Amp</i> Quetamina <i>... ml</i> Quetamina <i>... ml</i> Remifentanil <i>... Fr</i> Ringer-Lactato <i>... ml</i> <i>... Fr</i> S. Fisiológico 0,9% <i>ml</i> <i>... Fr</i> S. Glucosado 5% <i>ml</i> <i>... Fr</i> Scalp n° <i>... ml</i> <i>... Und</i> Trasur <i>... ml</i> <i>... Amp</i> YResil <i>... ml</i> <i>... Fr</i> Tropental <i>... ml</i> <i>... Fr</i>

Dr. Wilson Ribeiro Soares  
Médico Anestesiologista  
CRM - PI 1899 / UPA - 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:** 31/07/1988  
**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 fibula, associada a aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

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

*W. Soárez*  
W. Soárez - Secretário Rel. ITEN PM  
RGPM 405198193-21 Mat. 14495-9  
Cópia: 10 Série do Arquivo Técnico

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**  
14 MAR 2019  
**DPVAT**

*W. Soárez*  
W. Soárez - Secretário  
Médico  
CRM-PB-1573  
**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) 3227-6266  
Fax: (86) 3214-1520



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

PEDIDO: 130413  
PACIENTE: FRANCISCO WAGNER CARDOSO  
NOME DA MÃE: MARIA DO SOCORRO ARAUJO CARDOSO  
DATA DO NASCIMENTO: 31/07/1966  
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 fibula esquerda.

Fixação ortopédica.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

Fratura óssea.

- Controle -

*Plb*  
Linha de Radiografia Reg 1º TCN PM  
CRM: 1063198193-21 Mel 14-95-9  
Chefe: 3 Setor de Atend. Técnico

  
MARTA MARIA PINHEIRO DE SOUSA  
CRM: 1063

Av. Higino Cunha, 16-12 – Ibatobas – Teresina/PI  
CEP 64014-220 – CNPJ 07.444.159/0002-26

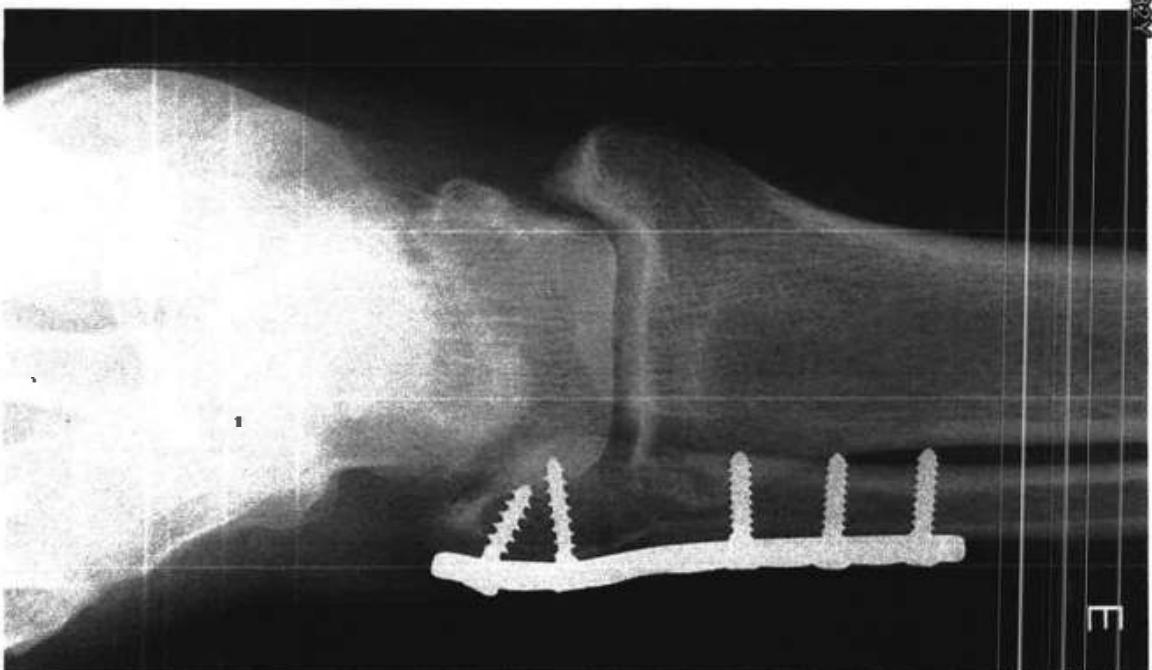
Telefone: (86) 3227-4285  
Fax: (86) 3216-1520



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 11/08/2020 09:51:33  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008110951328430000010664901>  
Número do documento: 2008110951328430000010664901

Num. 11255711 - Pág. 21

ID: 130413  
Paciente: FRANCISCO WAGNER CARDOSO  
Mês: 08/2013  
Sexo: M



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=2008110951328430000010664901>  
Número do documento: 2008110951328430000010664901

Num. 11255711 - Pág. 22



HFM

  
Reg. 1º TEN PM  
NCPM 105198193-27 Mar 14495-9  
(Anexo do Setor do Adjunto Técnico)



De: 129753  
Paciente: FRANCISCO WAGNER CARDOSO  
Mae: 082Y  
Sexo: M

Hora: 08:45



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 11/08/2020 09:51:33  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008110951328430000010664901>  
Número do documento: 2008110951328430000010664901

Num. 11255711 - Pág. 23



# CLÍNICA SÃO LUCAS

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

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

Nome do Paciente: *Caio Mota*

## ORTOPEDISTAS

### ATENDIMENTO EM CONSULTÓRIO

Dr. Isânia Vasconcelos  
Dr. Geraldo Vasconcelos  
Dr. Roberto Wanderley  
Dr. Albert B. Medeiros  
Dr. Miguel Reis Filho  
Dr. Daniel Modesto

### CLÍNICA MÉDICA:

Dr. Isânia Mesquita

### PLANTONISTAS:

Dr. Geraldo Vasconcelos  
Dr. Isânia Vasconcelos  
Dr. Albert B. Medeiros  
Dr. José Carlos Mendes  
Dr. Bergel Bezerra  
Dr. Roberto Wanderley  
Dr. Elias Barbosa  
Dr. Miguel Reis Filho  
Dr. Adiel Leão  
Dr. Daniel Modesto

*Assinado por: Adiel Leão  
Data: 19/03/19  
Assunto: Consulta de Traumatologia  
Assunto: Consulta de Ortopedia e Coluna*

VOLTANDO À CONSULTA, QUEIRA TRAZER ESTA RECEITA

Este para as devi-  
dos dias que Francisco  
Wagner Cordeiro foi sus-  
metido à tratamento  
cirúrgico de fratura  
de Molelo lateral  
após o acidente  
de trânsito. Após respi-  
re e evoluiu com dor  
lumbares funções  
de 50% (cinquenta por  
cento) e tornou-se  
expendo.

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

15 ABR 2019

DPVAT



DATA: 02-12-2018



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 11/08/2020 09:51:33  
http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008110951328430000010664901  
Número do documento: 2008110951328430000010664901

Num. 11255711 - Pág. 25

## IDENTIFICAÇÃO

VITIMA FRANCISCO M. JAGNER 01.02.00DATA DO ACIDENTE 03.10.2019 CPF DA VITIMA 034.458.621-3 - 42

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTEESCO COM A VITIMA E FRANCISCO M. JAGNER 01.02.00ENDERECO DO PORTADOR CONJ. PLANO DE VILA ALNº 041 COMPLEMENTO CASA UF PR CEP 64.057-400CIDADE TERESINA TELEFONE (86) 92443-3468

E-MAIL \_\_\_\_\_

MARQUE  PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

 REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) 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) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) LAUDO DO IMI (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) MA IMPSSIBILIDADE DE DE APRESENTAR O LAUDO DO IMI; DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA AFTA DEFINITIVA BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

 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) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA MÉNOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE DO/REPRESENTANTE LEGAL QUE REPRESENTA A VITIMA MÉNOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

 MORTO - R\$ 15.500,00 INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 15.500,00 ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRADUADE VALORES DE INDENIZAÇÃO . INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 15.500,00 ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRADUADE DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REembolso ATÉ R\$ 2.700,00 (DOIS MIL E CINCO) ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS. O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA LISTADOS NESTE FORMULÁRIO COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÁ SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS PARA ACOMPANHAR O PRAZO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) OU LIGUE PARA SACAR DPTU GRUO 022.12.04

P.J CORRETORA

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

RESPONSÁVEL PELA RECEÇÃO DO SEGURO

DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

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

DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

ASSINATURA

ASSINATURA

 REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) 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) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUÍTADAS NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA, ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITURAS MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

Eco Girls

5 ENJST09  
31901198162

Eu, Francisco Wagner Cardoso RG: 26480385501/2 e  
CPF: 017.458.643-42.  
ENDEREÇO: CONJUNTO PLANALTO URGUAT, Q-A 16 - CASA 041  
BAIRRO: Vale quem tem - TERESINA-PI CEP: 64.057-400

GOSTARIA DE PEDEU O REANALISE DO MEU PROCESSO DE  
INVALIDEZ. QUE O VALOR QUE RECEBI E MUITO POCO PEDA  
LESÃO QUE TENHO, NÃO CONSIGO REALIZAR MINAS ATIVIDADES  
DE TRABALHO. POR CONTA DAS FORTES DORES QUE  
SENTO NO MEU PÉ ESQUERDO, AINDA INCHA MUITO  
E TAMBÉM NÃO TENHO ESTABILIDADE NO MEU PÉ, AINDA  
CAMILHO COM O AJUSTO DE MOLETAS. PEÇO QUE A  
SEGURADORA LIQUE ME MANDE PARA UMA PERICIA  
MÉDICA, PARA QUE A PERICIA CONSTATE A LESÃO  
QUE TENHO NO MEU PÉ ESQUERDO. AGRADEÇO A  
SEGURADORA LIQUE, POR RECEBER O MEU PEDIDO  
DE REANALISE.

TERESINA-PI 15.04.2019



Francisco Wagner Cardoso

[www.eco-logicacacais.com.br](http://www.eco-logicacacais.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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## 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

**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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FRANCISCO WAGNER CARDOSO

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 11/08/2020 09:51:33  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008110951328430000010664901>  
Número do documento: 2008110951328430000010664901

Num. 11255711 - Pág. 30