
Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190589545

Vítima: KLEBER JOSE ALCENO

Data do Acidente: 20/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), KLEBER JOSE ALCENO

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

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190589545

Vítima: KLEBER JOSE ALCENO

Data do Acidente: 20/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), KLEBER JOSE ALCENO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 20/08/2018, emitido pelo Dr. FREDERICO O. BARROS CRM nº 806 - PI, da Instituição SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

848705083-20 KLEBER JOSE ALCENO

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

Nome completo:

KLEBER JOSE ALCENO

CPF:

848705083-20

Profissão:

RECUSA

Endereço:

RUA L 02

Número:

00385

Complemento:

CASA

Bairro:

CENTRO

Cidade:

CONCEIÇÃO DO CANINDE

Estado:

PIAUÍ

CEP:

64740-000

E-mail:

Tel.(DDD):

189199468-7577

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3467

CONTA:

00020124

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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:

☐ 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:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, CANTO DO BURITI-B 30/09/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 ROGO, 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.

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



603689 0010 75561 9921

KLEBER JOSE ALCENO

VALID 10/24

3467 013 00020124-3

mastercard

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

848705083-20 KLEBER JOSE ALCENO

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

Nome completo:

KLEBER JOSE ALCENO

CPF:

848705083-20

Profissão:

RECUSA

Endereço:

RUA L 02

Número:

00385

Complemento:

CASA

Bairro:

CENTRO

Cidade:

CONCEIÇÃO DO CANINDE

Estado:

PIAUÍ

CEP:

64740-000

E-mail:

Tel.(DDD):

189199468-7577

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

3467

CONTA:

00020124

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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:

☐ 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:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, CANTO DO BURITI-PI 30/09/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 ROGO, 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.

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





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 262865.000063/2019-50

Unidade de Registro: DP DE SIMPLÍCIO MENDES

Resp. pelo Registro: Elinne Sá Araújo

Data/Hora: 24/09/2019 - 11:32

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DP DE CONCEIÇÃO DO CANINDÉ

Data/Hora
20/08/2018 - 09:30

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Município
CONCEIÇÃO DO CANINDÉ

Bairro
INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço
ESTRADA DA LOCALIDADE MORADA NOVA, Nº:
Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: KLEBER JOSÉ ALCENO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1897427 SSP PI

Mãe: TERESINHA PEDRINA ALCENO

Endereço: RUA 2L, Nº 245

Complemento: CENTRO

Bairro: NÃO INFORMADO

Cidade: CONCEIÇÃO DO CANINDÉ

Telefone(s): 89-9446-1722

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:
PIU4367

Renavam: Cor:
Branca

1 - HONDA CG 160 FAN ESDI

Condutor: KLEBER JOSÉ ALCENO

RG: 1897427 Órgão: SSP UF: RG: PI

End: RUA 2L Número: 245 Complemento: CENTRO

Cidade: CONCEIÇÃO DO CANINDÉ UF: PI Bairro: NÃO INFORMADO

Proprietário: RONALDO DE SOUSA ANDRADE

Cidade: CONCEIÇÃO DO CANINDÉ UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

QUE na data de 20/08/2018, por volta das 09h30min, estava trafegando com a motocicleta Honda CG 160 Fan, cor branca, Placa PIU-4367, pela estrada da Localidade Morada Nova, zona rural de Conceição do Canindé-PI, quando um animal atravessou a estrada e o noticiante se desequilibrou da motocicleta e caiu; Que por conta do acidente teve lesões no joelho e escoriações pelo corpo; Que foi socorrido por populares e levado para o Hospital de Conceição do Canindé; Que dias após realizou procedimentos médicos na cidade de Picos-PI; Que no dia estava sozinho na motocicleta e usava capacete; Que era o que tinha a relatar.

Elinne Sá Araújo - Mat.
ESCRIVÃO DE POL.

Elinne Sá Araújo
Escrivão Policia Civil
Mat. 202952-6

Kleber José Alceno
KLEBER JOSÉ ALCENO - Noticiante
Responsável pela Informação

Leandro André Leal Pimenta
Delegado Geral de Polícia Civil
Mat. 196.555-7



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 262865.000063/2019-50

Unidade de Registro: DP DE SIMPLÍCIO MENDES

Resp. pelo Registro: Elinne Sá Araújo

Data/Hora: 24/09/2019 - 11:32

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DP DE CONCEIÇÃO DO CANINDÉ

Data/Hora
20/08/2018 - 09:30

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Município
CONCEIÇÃO DO CANINDÉ

Bairro
INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço
ESTRADA DA LOCALIDADE MORADA NOVA, Nº:
Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: KLEBER JOSÉ ALCENO
RG: 1897427 SSP PI
Mãe: TERESINHA PEDRINA ALCENO
Endereço: RUA 2L, Nº 245
Complemento: CENTRO
Bairro: NÃO INFORMADO
Cidade: CONCEIÇÃO DO CANINDÉ
Telefone(s): 89-9446-1722

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - HONDA	CG 160 FAN ESDI		PIU4367			Branca
Condutor: KLEBER JOSÉ ALCENO RG: 1897427 Órgão: SSP UF: PI End: RUA 2L Número: 245 Complemento: CENTRO Cidade: CONCEIÇÃO DO CANINDÉ UF: PI Bairro: NÃO INFORMADO Proprietário: RONALDO DE SOUSA ANDRADE Cidade: CONCEIÇÃO DO CANINDÉ UF: PI Bairro:						

RELATO DA OCORRÊNCIA

QUE na data de 20/08/2018, por volta das 09h30min, estava trafegando com a motocicleta Honda CG 160 Fan, cor branca, Placa PIU-4367, pela estrada da Localidade Morada Nova, zona rural de Conceição do Canindé-PI, quando um animal atravessou a estrada e o noticiante se desequilibrou da motocicleta e caiu; Que por conta do acidente teve lesões no joelho e escoriações pelo corpo; Que foi socorrido por populares e levado para o Hospital de Conceição do Canindé; Que dias após realizou procedimentos médicos na cidade de Picos-PI; Que no dia estava sozinho na motocicleta e usava capacete; Que era o que tinha a relatar.

Elinne Sá Araújo - Mat.
ESCRIVÃO DE POL.

Elinne Sá Araújo
Escrivão Policia Civil
Mat. 202952-6

Kleber José Alceno
KLEBER JOSÉ ALCENO - Noticiante
Responsável pela Informação

Leandro André Leal Pimenta
Delegado Geral de Polícia Civil
Mat. 196.555-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAM (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

848705083-20 KLEBER JOSE ALCENO

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

Nome completo:

KLEBER JOSE ALCENO

CPF:

848705083-20

Profissão:

RECUSA

Endereço:

RUA L 02

Número:

00385

Complemento:

CASA

Bairro:

CENTRO

Cidade:

CONCEIÇÃO DO CANINDE

Estado:

PIAUÍ

CEP:

64740-000

E-mail:

Tel. (DDD):

189199468-7577

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

3467

CONTA:

00020124

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 do 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: ☐ 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:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, CANTO DO BURITI-PI 30/09/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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 ROGO, 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.

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAM (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

848705083-20 KLEBER JOSE ALCENO

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

Nome completo:

KLEBER JOSE ALCENO

CPF:

848705083-20

Profissão:

RECUSA

Endereço:

RUA L 02

Número:

00385

Complemento:

CASA

Bairro:

CENTRO

Cidade:

CONCEIÇÃO DO CANINDE

Estado:

PIAUÍ

CEP:

64740-000

E-mail:

Tel. (DDD):

189199468-7577

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3467

CONTA:

00020124

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 do 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:



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:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?



Sim



Não

Vítima deixou pais/avós vivos?



Sim



Não

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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data:

CANTO DO BURITI-PI 30/09/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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 ROGO, 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.

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

cepisa

SEU CÓDIGO

0295167-3

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.243/0001-09 - Ins. Estadual 19.331.383-5
Emissão Parcela / Conta de Energia - Serviço - Tera B-1
Resposta negativa de Imposto de Renda para 2017/2018

Nº da Nota Fiscal 027027014

A Tarifa Social de Energia Potência - TSEI é concedida
pelo INEP 10/199 de 26 de abril de 2012.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	17-09-2019	30	10,31

GIZELTA ALCENO ADÃO
R. 2 L 385 385 B-URBANO
CPF: 00094292620334
CNPJ: 06.840.243/0001-09 - CONCEICAO DO CANTID RGT: 59.523.08.04.199000

Atual	Anterior	Consumo Médio	Consumo Faturado	Forma de Faturamento	Valor de Referência	Valor de Referência	Valor de Referência	Valor de Referência	Valor de Referência
17616	17585	28	30	MINIMO	32	32	32	32	32

Classe/Endereço	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Tar.	Medida 12 meses
RESID. Bx. RENDA	MONO	A85830		1.4.1.1	53

Mês/ano consumo	Consumo	Diferença de Tarifa	Subvenção Baixa Renda	Correção Monetária ICPH (2%)	Multa por Atraso (2%)	Juros por Atraso (2%)	Adicional Bandeira Vermelha
AGO/19	57						
JUL/19	77						
JUN/19	54						
MAI/19	48						
ABR/19	50						
MAR/19	45						
FEV/19	48						
JAN/19	48						
DEZ/18	63						
NOV/18	57						

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 046 0600 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 09-09-2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ronaldo de Sousa Andrade,
RG nº 3.482.883, data de expedição 30/07/10,
Órgão SSP/PZ, portador do CPF nº 066.803.103-42, com
domicílio na cidade de Conceição do Canindé no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua 4/5 Centro, nº 429,
complemento lote, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Kleber José Alcino, cujo o condutor era
Kleber José Alcino.

Veículo: HONDA / CB 160 FAN

Modelo: 2017

Ano: 2018

Placa: PIU-4367

Chassi: 9C2KC22005R103189

Data do Acidente: 20/08/2018

Local e Data: Conceição do Canindé/PZ, 12/03/2019


Ronaldo de Sousa Andrade
Assinatura do Declarante

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

Cartório do 1º Ofício
PRAÇA PRAÇA SUL, CENTRO - Nº 174, CONCEIÇÃO DO CANINDÉ - PIAUÍ
RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE RONALDO DE SOUSA
ANDRADE, EM TEST. DA VERDADE. DOU FÉ. CONCEIÇÃO DO
CANINDÉ, 12/03/2019 11:29:04

Mônica Patrícia de O. Passos Carvalho
MÔNICA PATRÍCIA DE OLIVEIRA PASSOS CARVALHO - ESCRIVÃ
Emol. R\$ 3.85 TJ: R\$ 0.77 MP: R\$ 0.10 Selo: R\$ 0.26 Total: R\$ 4.98

Mônica Patrícia de O. Passos Carvalho
Escrivã Substituta



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ronaldo de Sousa Andrade,
RG nº 3.482.883, data de expedição 30/07/10,
Órgão SSP/PZ, portador do CPF nº 066.803.103-42, com
domicílio na cidade de Conceição do Canindé no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua 4/5 Centro, nº 429,
complemento lote, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Kleber José Alcino, cujo o condutor era
Kleber José Alcino.

Veículo: HONDA / CB 160 FAN

Modelo: 2017

Ano: 2018

Placa: PIU-4367

Chassi: 9C2KC22005R103189

Data do Acidente: 20/08/2018

Local e Data: Conceição do Canindé/PZ, 12/03/2019


Ronaldo de Sousa Andrade
Assinatura do Declarante

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

Cartório do 1º Ofício
PRAÇA PRAÇA SUL, CENTRO - Nº 174, CONCEIÇÃO DO CANINDÉ - PIAUÍ
RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE RONALDO DE SOUSA
ANDRADE, EM TEST. DA VERDADE. DOU FÉ. CONCEIÇÃO DO
CANINDÉ, 12/03/2019 11:29:04

Mônica Patrícia de O. Passos Carvalho
MÔNICA PATRÍCIA DE OLIVEIRA PASSOS CARVALHO - ESCRIVÃ
Emol. R\$ 3.85 TJ: R\$ 0.77 MP: R\$ 0.10 Selo: R\$ 0.26 Total: R\$ 4.98

Mônica Patrícia de O. Passos Carvalho
Escrivã Substituta





ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CONCEIÇÃO DO CANINDÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Avenida Central, S/N - Fone: (89) 3489.1201 - CEP: 64.740-000 - CNPJ: 06.553.697/0001-04
Conceição do Canindé - Piauí

OBSERVAÇÃO		UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE CONCEIÇÃO DO CANINDÉ	
NOME		ENFERMEIRA	LEITO
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO MEDIÇÃO	EVOLUÇÃO ENFERMAGEM
20/8/18	Volto a tomar 75.000mg 1x Ceftriaxona 12/10/12 Ceftriaxona 12/10/12 4 dias 12/10/12 Dor no local de 12/10/12		Atende ao 10:00h paciente da unidade mista unidade volto a tomar 75.000mg 1x Ceftriaxona 12/10/12 Ceftriaxona 12/10/12 4 dias 12/10/12 Dor no local de 12/10/12

Dr. Frederico O. Gomes
CRM 806

Dr. Frederico O. Gomes
CRM 806

DADOS PESSOAIS:

NOME: Kleber José Almeida

RG: 1.897.427

CPF: 848.705.083-20

CNS: 703 4002 0983 6313

DATA NASC.: 01 / 08 / 1978

ESTADO CIVIL: União Estável

PROFISSÃO: Trabalhador rural

NATURALIDADE: São Paulo SP

SEXO: ☒ MASC ☐ FEM

RESPONSÁVEL: Kleber José Almeida

ENDEREÇO: Praça Sul

BAIRRO: Centro

NOME DO PAI:

NOME DA MÃE: Teresinha Pedrinha Almeida

DATA DA ADMISSÃO: 20/08/2018

HORÁRIO: 12:00

SAÍDA: 20/08/2018

HORÁRIO: 13:00

GRAU DE INSTRUÇÃO: ☐ NENHUM ☐ FUNDAMENTAL ☐ MÉDIO ☐ SUPERIOR

DOENÇA ATUAL: Paciente de 50 anos, com

doença de mot. feita estrutura
no joelho e f. 10 anos

EXAME FÍSICO:

Dr. Fernando de Almeida
Clínica Médica
CRM 806

EXAMES COMPLEMENTARES:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA (HD):

RESUMO CLÍNICO DA ALTA:

CONDIÇÕES DA ALTA: ☐ CURADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ MELHORIA CLÍNICA ☐ ÓBITO

CAUSA DO ÓBITO: ☐ PRIMÁRIA ☐ SECUNDÁRIA

**HRJL**

Hospital Regional Justino Luz

FEPISEH
Fundação Estadual Piauiense
de Serviços Hospitalares

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
CNPJ 06.553.564/0102-81
- Pça Antenor Neiva, 184 - CEP 64601-391
Picos - PI

**Piauí**
GOVERNO DO ESTADO

P0564876

FICHA DE ATENDIMENTOFuncionário: MaianaData: 29 / 08 / 18Cartão SUS: _____ Horário de Atendimento: 08 h 12 minNome do Paciente: Kleber José AlcanoData de Nascimento: 02 / 02 / 78

Profissão: _____

Naturalidade: _____

Telefone: _____

Filiação: Mãe: _____

Pai: _____

Endereço: _____

Nº: _____

Bairro: _____

CEP: _____

Cidade: _____

Religião: _____

Demanda: _____

CPF: _____

RG: _____

Data de Expedição: ____ / ____ / ____

Estado Civil: _____

Médico: _____

Motivo da Consulta: Suspeita de Fratura na Perna + Ferimento**Dados Clínicos:****Prescrição:**

PA: 150 x 70 mmHg

Nega Alergia.

Doente vítima de acidente automobilístico há ± 8 dias, apresentando edema e hematomas extensos na perna esquerda na região E. Nega febre. Faz uso de Atb oral e analgésico. Sd: *

* Retirar pontos + Ligeira (limpeza)

* Reavaliação e repouso.



Luiz S. de C. Costa Junior
Médico
CRM-PI 255

[Assinatura]
Assinatura do Paciente ou Responsável



Paciente:

KLEBER JOSE ALCENO

Idade:

40,3 Ano(s)

Médico:

Guillermo Alayn Vega Infante

Nº do Exame:

234819

Convênio:

SUS

Data:

24/10/2018

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA - JOELHO ESQUERDO

Laudo

METODOLOGIA:

- Exame realizado em equipamento de ressonância magnética com sequências, ponderações e planos específicos para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

ANÁLISE:

- Pequeno derrame articular.
- Os espaços articulares femorotibiais estão preservados.
- Alguns pequenos cistos subcorticais junto às espinhas tibiais.
- Cartilagem de revestimento da patela discretamente heterogênea, com mínimas irregularidades dos seus contornos superficiais em sua faceta medial. Não há comprometimento evidente do seu osso subcondral.
- Discreta heterogeneidade de sinal da cartilagem de revestimento da tróclea femoral central.
- Menisco lateral de morfologia e intensidade de sinal preservados.
- Menisco medial de morfologia habitual, com imagem de hipersinal e orientação oblíqua, em seu corno posterior, com extensão ao corpo, que se aproxima e aparentemente toca as superfícies articulares.
- Nota-se edema no subcutâneo da face anterior do joelho, com discreto aumento das partes moles e associadas imagens de baixo sinal que geram artefatos de susceptibilidade magnética.
- Discreto espessamento e heterogeneidade de sinais das fibras proximais do tendão patelar.
- Ligamentos cruzados e colaterais com continuidade, espessura e sinal conservados.
- Demais estruturas ósseas com morfologia e sinal medular conservados.
- Tendões quadricipital, bíceps femoral distal, poplíteo, trato iliotibial e tendões da pata de ganso sem particularidades.
- Fossa poplíteia sem formações císticas.



Paciente:

KLEBER JOSE ALCENO

Idade:

40,3 Ano(s)

Médico:

Guillermo Alayn Vega Infante

Nº do Exame:

234819

Convênio:

SUS

Data:

24/10/2018

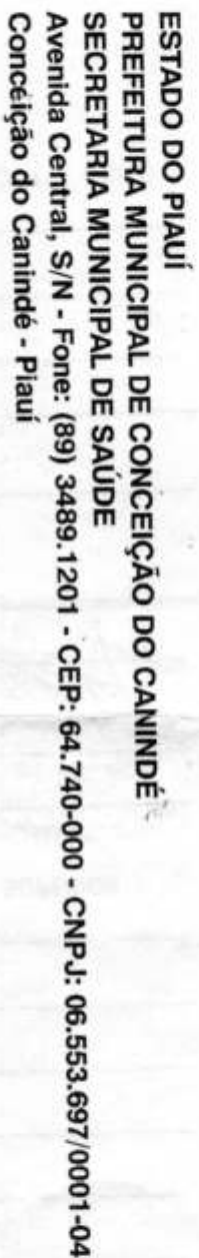
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA - JOELHO ESQUERDO

Conclusão

- Pequeno derrame articular.
- Condropatia patelar incipiente.
- Condropatia inicial da tróclea femoral central.
- Alteração degenerativa do corno posterior do menisco medial, com extensão ao corpo, que aparentemente toca as superfícies articulares, sugerindo a possibilidade de lesão. Correlacionar com dados do exame físico.
- Discreto aumento das partes moles e edema no subcutâneo da face anterior do joelho, com imagens de baixo sinal que geram artefatos de susceptibilidade magnética (pelo trauma?).
- Tendinopatia incipiente proximal do patelar.

DRA. LARISSA MACÊDO SOARES
CRM - 3930/PI

DR. WALTER PEREIRA SOARES
CRM - 517/PI



OBSERVAÇÃO		UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE CONCEIÇÃO DO CANINDE	
NOME		ENFERMEIRA	LEITO
Gleber José Afonso			
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO MEDIÇÃO	EVOLUÇÃO ENFERMAGEM
20/8/18	Vicetor 75.00mg T.M. Ceftriaxona 1g 12/10L Ceftriaxon 1000 8/18L A oxamp 100 8/18L V.O Nívorose 12/12a.		21/08/18 às 10:00h paciente da unidade mista unidade de enfermagem. Queixas de dor abdominal. Dor no abdome em região do umbigo. Feiti limpeza vaginal com água + adm. de medicação local + adm. de medicação sistêmica + curativos exclusivos.

DADOS PESSOAIS:

NOME: Kleber José Almeida

RG: 1.897.427

CPF: 848.705.083-20

CNS: 703 4002 0983 6313

DATA NASC.: 01 / 08 / 1978

ESTADO CIVIL: União Estável

PROFISSÃO: Trabalhador rural

NATURALIDADE: São Paulo SP

SEXO: ☒ MASC ☐ FEM

RESPONSÁVEL: Kleber José Almeida

ENDEREÇO: Praça Sul

BAIRRO: Centro

NOME DO PAI:

NOME DA MÃE: Teresinha Pedrinha Almeida

DATA DA ADMISSÃO: 20/08/2018

HORÁRIO: 12:00

SAÍDA: 20/08/2018

HORÁRIO: 13:00

GRAU DE INSTRUÇÃO: ☐ NENHUM ☐ FUNDAMENTAL ☐ MÉDIO ☐ SUPERIOR

DOENÇA ATUAL: Paciente com insuficiência cardíaca de longa data, feito tratamento com medicação adequada.

EXAME FÍSICO:

Dr. Fernando Cesarini L. Barros
CRM 806
Clínica Médica

EXAMES COMPLEMENTARES:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA (HD):

RESUMO CLÍNICO DA ALTA:

CONDIÇÕES DA ALTA: ☐ CURADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ MELHORIA CLÍNICA ☐ ÓBITO

CAUSA DO ÓBITO: ☐ PRIMÁRIA ☐ SECUNDÁRIA

**HRJL**

Hospital Regional Justino Luz

FEPISEH
Fundação Estadual Piauiense
de Serviços Hospitalares

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
CNPJ 06.553.564/0102-81
- Pça Antenor Neiva, 184 - CEP 64601-391
Picos - PI

**Piauí**
GOVERNO DO ESTADO

P0564876

FICHA DE ATENDIMENTOFuncionário: MaianaData: 29 / 08 / 18Cartão SUS: _____ Horário de Atendimento: 08 h 12 minNome do Paciente: Kleber José AlencarData de Nascimento: 02 / 02 / 78

Profissão: _____

Naturalidade: _____

Telefone: _____

Filiação: Mãe: _____

Pai: _____

Endereço: _____

Nº: _____

Bairro: _____

CEP: _____

Cidade: _____

Religião: _____

Demanda: _____

CPF: _____

RG: _____

Data de Expedição: ____ / ____ / ____

Estado Civil: _____

Médico: _____

Motivo da Consulta: Suspeita de Fratura na Perna + Ferimento**Dados Clínicos:****Prescrição:**

PA: 150 x 70 mmHg

Nega Alergia.

Doente vítima de viol. motorcyclista há ± 8 dias, apresentando edema e hematomas extensos na região da perna esquerda na região E. Nega febre. Faz uso de Atb oral e analgésico. Sd: *

* Retirar pontos + Ligeira (hematomas)

* Reavaliação e repouso.



Luiz S. de C. Costa Junior
Médico
CRM-PI 255

[Assinatura]
Assinatura do Paciente ou Responsável



Paciente:

KLEBER JOSE ALCENO

Idade:

40,3 Ano(s)

Médico:

Guillermo Alayn Vega Infante

Nº do Exame:

234819

Convênio:

SUS

Data:

24/10/2018

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA - JOELHO ESQUERDO

Laudo

METODOLOGIA:

- Exame realizado em equipamento de ressonância magnética com sequências, ponderações e planos específicos para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

ANÁLISE:

- Pequeno derrame articular.
- Os espaços articulares femorotibiais estão preservados.
- Alguns pequenos cistos subcorticais junto às espinhas tibiais.
- Cartilagem de revestimento da patela discretamente heterogênea, com mínimas irregularidades dos seus contornos superficiais em sua faceta medial. Não há comprometimento evidente do seu osso subcondral.
- Discreta heterogeneidade de sinal da cartilagem de revestimento da tróclea femoral central.
- Menisco lateral de morfologia e intensidade de sinal preservados.
- Menisco medial de morfologia habitual, com imagem de hipersinal e orientação oblíqua, em seu corno posterior, com extensão ao corpo, que se aproxima e aparentemente toca as superfícies articulares.
- Nota-se edema no subcutâneo da face anterior do joelho, com discreto aumento das partes moles e associadas imagens de baixo sinal que geram artefatos de susceptibilidade magnética.
- Discreto espessamento e heterogeneidade de sinais das fibras proximais do tendão patelar.
- Ligamentos cruzados e colaterais com continuidade, espessura e sinal conservados.
- Demais estruturas ósseas com morfologia e sinal medular conservados.
- Tendões quadricipital, bíceps femoral distal, poplíteo, trato iliotibial e tendões da pata de ganso sem particularidades.
- Fossa poplíteia sem formações císticas.



Paciente:

KLEBER JOSE ALCENO

Idade:

40,3 Ano(s)

Médico:

Guillermo Alayn Vega Infante

Nº do Exame:

234819

Convênio:

SUS

Data:

24/10/2018

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA - JOELHO ESQUERDO

Conclusão

- Pequeno derrame articular.
- Condropatia patelar incipiente.
- Condropatia inicial da tróclea femoral central.
- Alteração degenerativa do corno posterior do menisco medial, com extensão ao corpo, que aparentemente toca as superfícies articulares, sugerindo a possibilidade de lesão. Correlacionar com dados do exame físico.
- Discreto aumento das partes moles e edema no subcutâneo da face anterior do joelho, com imagens de baixo sinal que geram artefatos de susceptibilidade magnética (pelo trauma?).
- Tendinopatia incipiente proximal do patelar.

DRA. LARISSA MACÊDO SOARES
CRM - 3930/PI

DR. WALTER PEREIRA SOARES
CRM - 517/PI

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 1.897.427 DATA DE
EXPEDIÇÃO 17/08/11

NOME
KLEBER JOSÉ ALCENO

FILIAÇÃO
TERESINHA PEDRINA ALCENO

NATURALIDADE
SÃO PAULO-SP DATA DE NASCIMENTO
01/08/1978

CERT. NASC. 47518 L A040 F 229V
EXP SÃO PAULO-SP 18/12/09

TERESINA - PI
848.705.083-20

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

Kleber José Alceno
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

**SOLCITAÇÃO DE PEDIDO DE PERICIA ATRAVÉS DA SEGURADORA
LIDER**

À SEGURADORA LIDER:

VITIMA: KLEBER JOSE ALCENO

TELEFONE: (89) 99446-1722

SINISTRO: 3190589545

ENDEREÇO: RUA L 02, Nº 00385 - CENTRO

MUNICÍPIO: CONCEIÇÃO DO CANINDÉ

CEP: 64 740-000

Obs.: Pedido de Pericia através da Seguradora Líder, para reanálise de processo.

Anexos:

I- Atendimento Médico

(X) SIM () NÃO

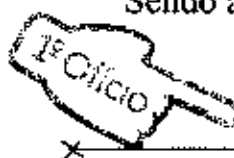
II- Declaração de internação e alta:

() SIM (X) NÃO

Informo a essa respeitada Empresa que sofri acidente de trânsito e adquiri debilidade em decorrência do acidente. No entanto, já encaminhei todos os documentos que possuo referente ao meu tratamento, e mesmo tendo sequelas decorrente do acidente, meu processo foi negado por injustiça, motivo pelo qual, solicito pericia médica a V.Sª.

Esclareço que sou humilde e necessito dessa indenização.

Sendo assim, conto com a colaboração desse órgão.



Kleber José Alceno
Assinatura

PRACA PRIMA SUL - Nº 174 CONCEIÇÃO DO CANINDÉ - PIAUI
RECEBI POR ENTREGA DA FICHA DE KLEBER JOSÉ ALCENO
EM 28/11/2019 ÀS 14:00 HORAS. DOUTOR CONCEIÇÃO DO CANINDÉ.

Mônica Patrícia de Oliveira Passos Carvalho
Mônica Patrícia de Oliveira Passos Carvalho - ESCRIVÃ
c. 174 Selo: 0,26 Total: 4,71 Mônica Patrícia de O. Passos Carvalho
Escrivã Substituta



Data: 28/11/2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190589545 **Cidade:** Conceição do Canindé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KLEBER JOSE ALCENO **Data do acidente:** 20/08/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1 P2 P4 P5)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190589545 **Cidade:** Conceição do Canindé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: KLEBER JOSE ALCENO **Data do acidente:** 20/08/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1 P2 P4 P5)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0362235/19

Vítima: KLEBER JOSE ALCENO

CPF: 848.705.083-20

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 20/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KLEBER JOSE ALCENO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

KLEBER JOSE ALCENO : 848.705.083-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/10/2019
Nome: KLEBER JOSE ALCENO
CPF: 848.705.083-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2019
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

KLEBER JOSE ALCENO

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0447473/19

Vítima: KLEBER JOSE ALCENO

CPF: 848.705.083-20

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 20/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KLEBER JOSE ALCENO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

KLEBER JOSE ALCENO : 848.705.083-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/12/2019
Nome: KLEBER JOSE ALCENO
CPF: 848.705.083-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

KLEBER JOSE ALCENO

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO