

Audiência x Upload x Controle x 0807254 x Merge PDF x PJE Consulta x PJE 0814476 x Tribunal x Portal do x WhatsApp x

Não seguro | tpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=527670&ca=1a865b2c92e4c4bd33...

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

**PJE** ProceComCiv 0814476-05.2020.8.18.0140  
ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SE...

11795562 - CONTESTAÇÃO (2748960 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 09/09/2020 11:46:02

09 Sep 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 11795558 - CONTESTAÇÃO
- 11795562 - CONTESTAÇÃO (2748960 CONTESTACAO 01)
- 11795570 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROC ADM)
- 11795571 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 sub atos procuracao compressed web (2))
- 11795574 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)

downloadBinario.seam 1 / 10

2748960- C3/ 2020-03324/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA  
ADVOCADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

2748960\_CONTES...pdf | WhatsApp Link...zip | 080725483\_2020yn...zip | 081685550\_2019m...zip | 082762284\_2018ge...zip | Exibir todos x

PT 11:47 09/09/2020



Número: **0814476-05.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **01/07/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                     |                    | Procurador/Terceiro vinculado                |                         |
|------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------|-------------------------|
| ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA (AUTOR)                           |                    | FRANCISCO REINALDO DE SOUSA FILHO (ADVOGADO) |                         |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) |                    |                                              |                         |
| RAIMUNDO NONATO LEAL MARTINS (INTERESSADO)                 |                    |                                              |                         |
| Documentos                                                 |                    |                                              |                         |
| Id.                                                        | Data da Assinatura | Documento                                    | Tipo                    |
| 11795570                                                   | 09/09/2020 11:46   | <a href="#">PROC ADM</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, 16 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190582966

Vítima: ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14973120

Pag. 00629/00630 - carta\_01 - INVALIDEZ





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 Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190582966**

**Vítima: ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA**

**Data do Acidente: 13/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA**

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros  
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: **ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000002004**

Conta: **0000012927-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





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, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190582966

Vítima: ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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. 00651/00652 - carta\_02 - INVALIDEZ

00070326



Carta nº 15152832





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, 29 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190582966

Vítima: ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA

Data do Acidente: 13/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 28/11/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 00125/00126 - carta\_09 - INVALIDEZ

00070063



Carta nº 15169747





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 337.921.003-04 4 - Nome completo da vítima: Erismar Claudio Da Rocha

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

5 - Nome completo: Erismar Claudio da Rocha 6 - CPF: 337.921.003-04  
7 - Profissão: Pedreiro 8 - Endereço: R. Suen Julio Cesar Macedo 644 9 - Número: 5809 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Vale Quem Tem 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64057-135  
15 - E-mail: erismarseguros@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 2004 ☐ CONTA: 12927 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

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

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Teresina - PI 01/10/2019

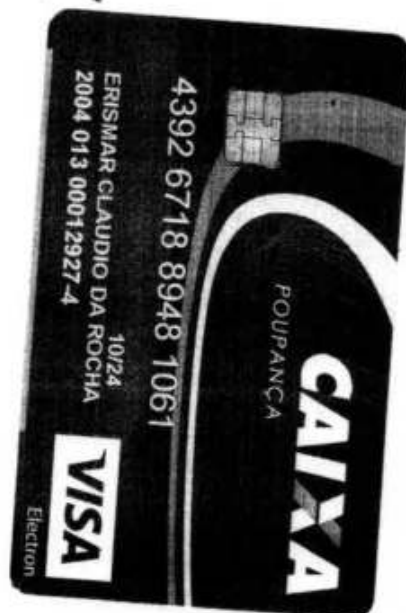
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

02/2019





**Lauda de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190582966  
Nome do(a) Examinado(a): Erismar Claudio da Rocha  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Jorn Julio Cesar Macedo Galvao, 5809  
Vale Quem Tem Teresina PI CEP: 64057-135  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PI ] 770722  
Data local do acidente: [ 13/07/2019 ]  
Data local do exame: [ 28/11/2019 ] Teresina [ PI ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA.**  
**Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.**  
**Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**AO EXAME FÍSICO APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO(ADM 80), EXTENSÃO(ADM 30), ABDUÇÃO (ADM 80) E ADUÇÃO (ADM 30) DO OMBRO DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.**
- IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
☒ (X) Sim      ( ) Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?  
☒ (X) Sim      ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**SEQUELA FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.**  
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).
- |                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ( ) "Vítima em tratamento"<br><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</i> | <input type="checkbox"/> ( ) "Sem sequela permanente"<br><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>OMBRO - Lado Esquerdo</b><br>% do dano: <input type="checkbox"/> ( ) 10% residual <input type="checkbox"/> ( ) 25% leve<br><input checked="" type="checkbox"/> (X) 50% médio <input type="checkbox"/> ( ) 75% intensa <input type="checkbox"/> ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: <input type="checkbox"/> ( ) 10% residual <input type="checkbox"/> ( ) 25% leve<br><input type="checkbox"/> ( ) 50% médio <input type="checkbox"/> ( ) 75% intensa <input type="checkbox"/> ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: <input type="checkbox"/> ( ) 10% residual <input type="checkbox"/> ( ) 25% leve<br><input type="checkbox"/> ( ) 50% médio <input type="checkbox"/> ( ) 75% intensa <input type="checkbox"/> ( ) 100% completo                                            | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: <input type="checkbox"/> ( ) 10% residual <input type="checkbox"/> ( ) 25% leve<br><input type="checkbox"/> ( ) 50% médio <input type="checkbox"/> ( ) 75% intensa <input type="checkbox"/> ( ) 100% completo |
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.  
**LOCAL DO ACIDENTE: AV GIL MARTINS BAIRRO TRÊS ANDARES , TERESINA PI.**  
**VÍTIMA JÁ INDENIZADA POR DANO MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.**

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

  
**Dr. Ismar Aguiar Marques Filho**  
CPF - 791.120.723-20  
CRM/PI - 3165





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002782/2019-14

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 23/07/2019 - 14:57

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. GIL MARTINS, Nº:

Complemento

551568

Data/Hora

13/07/2019 - 19:20

Bairro

TRÊS ANDARES

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA

RG: 770722

Mãe: CELSA MARIA DA ROCHA

Endereço: RUA JORNALISTA JULIO CESAR, LOTEAM. JURUAR, Nº 5809

Bairro: PLANALTO URUGUAI

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8134-8149

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 126 FAN, ANO 2011, PLACA NIW-6952, PROPRIETÁRIO/CONDUTOR, RELATA QUE TRAFEGAVA NA CITADA AVENIDA, QUANDO UMA MOTO NÃO IDENTIFICADA FEZ UMA CONVERSÃO SEM SINALIZAR E COLIDIU COM A MOTO DA VITIMA, ONDE O MESMO FOI LESIONADO, SOCORRIDO PELO SAMU, ENCAMINHADO PARA O HUT, PRONTUÁRIO 151168. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat.  
AGENTE DE POLÍCIA

Almiralce R. Lebre Carlos  
Agente de Polícia

Erismar Claudio da Rocha

ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 337.921.003-04 4 - Nome completo da vítima: Enismar Claudio Da Rocha

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

5 - Nome completo: Enismar Claudio da Rocha 6 - CPF: 337.921.003-04  
7 - Profissão: Pedreiro 8 - Endereço: R. Sern Julio Cesar Macedo Gubler 9 - Número: 5809 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Vale Quem Tem 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64057-135  
15 - E-mail: ednanseguros2@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 2004 CONTA: 12927 4 AGÊNCIA: CONTA:  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 Lider 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascturo (vairasor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (se for o caso)  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data, Teresina - PI 01/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)



# 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: | 29/10/2019 |
|------------------------|------------|

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

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

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

CLIENTE: ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

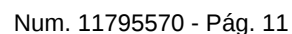
CONTA: 000000012927-4

---

---

Nr. da Autenticação CEDC4BFFFC3F5B67







COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 758 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.383-3)  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série S-1  
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Para contato  
conecte-se, informe  
esse número:

SEU CÓDIGO

0051869-7

Nº da Nota Fiscal 027701998

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS VENCIMENTO  
SETEMBRO/2019 01/10/2019  
CONSUMO (kWh) 368  
TOTAL A PAGAR (R\$) 395,64

NELLE ROZE SOARES MARQUES  
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE  
CEP: 00084017317391  
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

| DADOS DA LEITURA           | LER    | DADOS DA LEITURA         | DATA DA LEITURA     |
|----------------------------|--------|--------------------------|---------------------|
| Atual                      | 21430  | Atual                    | 24/09/2019          |
| Anterior                   | 21062  | Anterior                 | 26/08/2019          |
| Constante de Multiplicação | 1,000  | Próxima Leitura          | 24/10/2019          |
| Consumo Medido             | 368    | Emissão                  | 23/09/2019          |
| Consumo Faturado           | 368    | Apresentação             | 24/09/2019          |
| Forma de faturamento       | NORMAL | Código de Irregularidade | Dias de Consumo: 29 |

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA | Ligação | Número Medidor | Posto | Código Rel. | Média 12 meses |
|------------------------------|---------|----------------|-------|-------------|----------------|
| COMERCIAL                    | MONO    | A1418740       |       | 3.5.3.1     | 204            |

| HISTÓRICO kWh   | Consumo | Consumo                        | Consumo |
|-----------------|---------|--------------------------------|---------|
| Mês/ano consumo | CONSUMO | 368 A R\$ 0,974683 =           | 358,68  |
| AGO/19          | 285     | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) | 28,94   |
| JUL/19          | 222     | CORRECAO MONETARIA DA 08/19-00 | 0,04    |
| JUN/19          | 205     | CORRECAO MONETARIA IG 08/19-00 | 0,53    |
| MAI/19          | 204     | MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00 | 0,44    |
| ABR/19          | 178     | JUROS DE MORA ATRASO 08/19-00  | 0,11    |
| MAR/19          | 243     | MULTA POR ATRASO 08/19-00      | 5,52    |
| FEV/19          | 297     | JUROS POR ATRASO 08/19-00      | 1,38    |
| JAN/19          | 365     | ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -  | 14,71   |
| DEZ/18          | 57      |                                |         |
| NOV/18          | 0       |                                |         |

DATA DE VENCIMENTO:  
01/10/2019

#### CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 23/09/2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVAÇÃO DO FISCO 4301.D09F.B1CB.2C70.B985.A944.4458.D4F6

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | IMPOSTOS/TAXAS - R\$    |
|---------------------------|-------------------------|
| Base de Cálculo: 70,54    | Base de Cálculo: 358,68 |
| Energia: 136,30           | Alíquota ICMS: 27,00%   |
| Transmissão: 23,05        | Valor do ICMS: 96,84    |
| Encargos: 11,28           | Valor do PIS: 1,40%     |
| Tributos: 117,51          | Valor do COFINS: 6,49%  |

| INDICADORES DE CONTINUIDADE | OPC              | ENC     | Outro | Outro |
|-----------------------------|------------------|---------|-------|-------|
| Limite                      | 5,31             | 10,63   | 21,25 | 3,11  |
| Realizado                   | 0,00             | 0,00    | 0,00  | 0,00  |
| Condição                    | TERESINA-MACAUBA | 07/2019 | 78,61 |       |

ROT: 17.001.31.11.020500

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$



0051869-7

395,64

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

09/2019

01/10/2019

Nº da Nota Fiscal: 027701998 FCAM

83660000003 5 95640017000 0 000000000051 3 86970919000 4



SEQ.: 00341 UC: 0051869-7 DT.LEIT.: 24/09/2019 T.ENTR.: 09  
LEITURA: 21430 NORMAL TOTAL: 395,64 CARGA: 010  
DT.VENC.: 01/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2072



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/09/2020 11:46:01

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090911460105700000011166235

Número do documento: 20090911460105700000011166235

# ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ 27.924.740/0001-06 - 18.298.965/374  
Av. Prof Camilo Filho, 1960, Sôberbo Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI  
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRICULA

13072790-3

FATURA Nº

MÊS/ANO

151736750

6/2019

NOME/ENDEREÇO

MORADOR ANTONIO L. DE MARREIROS

RUA CAP WANDERLEY, 1790B-PICARREIRA-TERESINA-PI-cep: 64056640

LOCALIZAÇÃO

003-00045-006380

GRUPO

003

NÚMERO DO HIDRÔMETRO

Y10N309605

HISTÓRICO DE CONSUMO

| MÊS/ANO | TIPO | USO | FATURADO |
|---------|------|-----|----------|
| 05/2019 | L140 | 95  | 120      |
| 04/2019 | L140 | 92  | 120      |
| 03/2019 | L140 | 100 | 120      |
| 02/2019 | L140 | 97  | 120      |
| 01/2019 | L140 | 92  | 120      |
| 12/2018 | L140 | 100 | 120      |

ELONGUIAS - CATEGORIA / TIPO TÁRIFA

12 Residencial - Normal

DATA

ANTERIOR 06/05/2019 8066

ATUAL 05/06/2019 8155

LITURA

CONSUMO MÊS M3

120

LEI 12.741/2012

PS. PASSE 159,41 + 1,53 = 160,94

COFINS 759,01 + 7,00 = 766,01

TABELA DE TÁRIFAS

| RESIDENCIAL | FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (N) |
|-------------|-------------------------------|
| 0 18        | 2.845,8 50                    |
| 0 25        | 5.349,9 60                    |
| 25 599999   | 4.150,9 60                    |

| NÃO RESIDENCIAL | FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (N) |
|-----------------|-------------------------------|
|-----------------|-------------------------------|

DESCRIÇÃO

VALOR REFERENTE ÁGUA - 341,40

> Residencial - Normal

JUROS POR ATRASO 04/2019 2,11

JUROS POR ATRASO 05/2019 1,87

MULTA POR ATRASO 04/2019 7,02

MULTA POR ATRASO 05/2019 7,01

REF.

VALOR

120,0 m3

341,40

VENCIMENTO

17/06/2019

TOTAL A PAGAR

359,41

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM

ENTRE EM CONTATO COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO  
OU SOLICITE EM UMA DE NOSSAS LOJAS O ENVIO DA SUA  
FATURA EXCLUSIVAMENTE POR E-MAIL.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o usuário deverá pagar a taxa de suspensão dos serviços  
conforme Lei Federal nº 11.445/2007, Art. 140, inciso V e nº 5.297/95, Art. 6º, inciso I.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

| PARÂMETROS        | AMOSTRAS REALIZADAS | AMOSTRAS EM CONFORMIDADE | AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE | MÉDIA / MÊS | VALOR PERMITIDO |
|-------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------|
| CLORO LIVRE       | 2380                | 2339                     | 41                          | 1,42        | 0,2-5,0 mg/L    |
| ODOR APARENTE     | 2383                | 2168                     | 215                         | 8,87        | Inferior a 15   |
| PH                | 1865                | 1538                     | 327                         | 6,27        | 6,00-9,50       |
| TURBIDEZ          | 2384                | 2273                     | 111                         | 2,85        | Inferior a 5    |
| COLIFORMES TOTAIS |                     |                          |                             |             |                 |

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

| PARÂMETROS     | AMOSTRAS REALIZADAS | AMOSTRAS EM CONFORMIDADE | AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE | MÉDIA / MÊS | VALOR PERMITIDO |
|----------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|-------------|-----------------|
| ESCOLHIDA COL. | 660                 | 656                      | 4                           | Ausência    | Ausente         |
|                | 660                 | 660                      | 0                           | Ausência    | Ausente         |

DATA DA EMISSÃO: 05/06/2019

HORA DA EMISSÃO: 09:25



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/09/2020 11:46:01

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090911460105700000011166235>

Número do documento: 20090911460105700000011166235



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Erismar Claudio Da Rocha inscrito (a) no CPF sob o Nº 337.921.003 / 04 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Erismar Claudio Da Rocha inscrito (a) no CPF sob o Nº 337.921.003 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|                                   |                        |                         |                                               |
|-----------------------------------|------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------|
| Endereço <u>Rua 24 de Janeiro</u> |                        | Número <u>544</u>       | Complemento <u>Solo</u>                       |
| Bairro <u>Centro</u>              | Cidade <u>Teresina</u> | Estado <u>PE</u>        | CEP <u>64000-235</u>                          |
| Email                             |                        | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-6565</u> |

Teresina, 03 de Outubro de 2019  
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques  
Assinatura do Declarante

1 V001/2017



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roge Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Igo Fernando Da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 022.151.163/66 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Igo Fernando Da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 022.151.163/66 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|                          |                 |                         |                        |
|--------------------------|-----------------|-------------------------|------------------------|
| Endereço                 |                 | Número                  | Complemento            |
| <u>Rua 24 De Janeiro</u> |                 | <u>544</u>              | <u>Sala</u>            |
| Bairro                   | Cidade          | Estado                  | CEP                    |
| <u>Antônio</u>           | <u>Teresina</u> | <u>PI</u>               | <u>64000-235</u>       |
| Email                    |                 | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD) |
|                          |                 |                         | <u>(86) 99534-6565</u> |

Teresina, 30 de Outubro de 2019  
Local e Data

Nelle Roge Soares Marques  
Assinatura do Declarante

101 V001/2017





Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência -SAMU



SAMU  
192

|                        |                                              |                           |                                 |                           |                              |
|------------------------|----------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------|---------------------------|------------------------------|
| Dados do Chamado       | 01 Nº do chamado                             | 02 Data do chamado        | 03 PRO (código)                 | 04 Saída do PA            | 05 Chegada ao local          |
|                        | 06 Saída do local                            | 07 Chegada ao 1º hospital | 08 Saída do 1º hospital         | 09 Chegada ao 2º Hospital |                              |
| Local da Ocorrência    | 10 Endereço                                  | 11 Bairro                 |                                 |                           |                              |
|                        | 12 Município-UF                              | Código IBGE               |                                 |                           |                              |
| Dados do Paciente      | 13 Ponto de referência                       | 14 Nome                   |                                 |                           |                              |
|                        | 15 Sexo                                      | 16 Idade                  |                                 |                           |                              |
| Tipo de Ocorrência     | 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? |                           |                                 |                           |                              |
|                        | 18 Tipo de ocorrência                        |                           |                                 |                           |                              |
| Acidente de Transporte | 19 Vitima                                    |                           | 20 Meio de locomoção            |                           | 21 Outra parte envolvida     |
|                        | 22 Equipamentos de segurança                 |                           | 23 Glasgow                      |                           | 24 Sinais Vitais             |
| Exame Físico           | 25 Local da lesão                            |                           | 26 Pupilas                      |                           | 27 Pulso                     |
|                        | 28 Sangramento                               |                           | 29 Escala de Dor                |                           | 30 Fratura                   |
| Assistência            | 31 Procedimentos realizados                  |                           | 32 Hospital de Destino          |                           | 33 Condições de entrada      |
|                        | 34 Óbito                                     |                           | 35 Observações Interdisciplinar |                           | 36 Responsável pela recepção |

versão: 27.11.2011



**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Orionna Claudio de Lacerda

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 151168

**SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME**  
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO  
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS  
À SUA UTILIZAÇÃO".

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL



ORTO PEOIA UK



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

**BOLETIM DE ENTRADA (BE)**

Imp: 13/07/2019 20:59:10

(Dez: ISMAEL MAURIS)

(Estação: CONSULPA03)

**DADOS DO PACIENTE:**

|                                                                                                                |                       |                                       |                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------|
| <b>Nome:</b> ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA                                                                          |                       | <b>Prontuário:</b> 151168             |                            |
| <b>Mãe:</b> CELSA MARIA DA ROCHA -                                                                             |                       | <b>Pai:</b> CLAUDIO JORO DA ROCHA     |                            |
| <b>End.Resid.:</b> RUA JORNALISTA JULIO CESAR, 5809 - LOTEAM. JURUAR - PLANALTO URUGUAI - TERESINA - PI - CEP: |                       |                                       |                            |
| <b>Nascimento:</b> 09/01/1965                                                                                  | <b>Idade:</b> 54a6m4d | <b>Sexo:</b> Masculino                | <b>Fone:</b> 86-98134-8149 |
| <b>Responsável:</b> O MESMO                                                                                    |                       | <b>CNS:</b> 703006882041473           |                            |
| <b>Profissão:</b> PEDREIRO                                                                                     |                       | <b>Documento:</b> CFF: 337.921.003-04 |                            |
| <b>G. Instrução:</b> Médio Completo                                                                            |                       | <b>E.Civil:</b> Casado(a)             |                            |

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

|                                                                                                               |                                     |                        |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|---------------------------|
| <b>Código:</b> 730993                                                                                         | <b>Entrada:</b> 13/07/2019 20:36:29 | <b>Convênio:</b> S U S | <b>Proced:</b> 0301940061 |
| <b>Motivo da Procura</b><br><b>Informe Paciente/Acomp:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) |                                     |                        |                           |
| <b>Condução:</b> AMBULÂNCIA DO SAMU                                                                           |                                     |                        |                           |

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

|                                                                                                                                                                               |                                       |                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <b>Sinal/Sintoma de Apresentação:</b><br>TRAUMA MAIOR                                                                                                                         | <b>Classificação:</b><br>Dor moderada | <b>Cor:</b><br>Amarelo                                            |
| <b>Breve História Clas. Risco:</b><br>RELATO DE QUEDA DE MOTO APOS COLISÃO COM OUTRA MOTOCICLETA. EVOLUI COM ECG:15, DOR EM REGIÃO TORÁCICA DORSAL E EM OMBRO ESQUERDO. DOR:6 |                                       | <b>DANYELLE ALVES VIEIRA</b><br>267041<br>Em: 13/07/2019 20:48:20 |

**SSVV:**

(Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_)

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

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

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HÁ CERCA DE 1 HORA, TRAZIDO PELO SAMU SEM USO DE COLAR CERVICAL E SEM PRANCHA RÍGIDA, COM USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS OU OTORRAGIA. REFERE DOR EM OMBRO ESQUERDO

- A) VIAS AEREAS PERVIAS, FASICO SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA  
 B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS  
 C) AC: RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO, NÃO APRESENTA DOR A DESCOMPRESSÃO BRUSCA. SEM SINAIS DE PERITONITE.  
 D) GLASGOW 15 PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTE.  
 E) ESCORIAÇÃO EM JOELHO ESQUERDO. IMOBILIZAÇÃO EM MSE  
 CD: RAI X, ENCAMINHO A ORTOPEDIA.

**Diagnóstico Inicial:**

CID:

**Exames Complementares:**

- (1260821) - OMBRO ESQUERDO  
 (1260822) - CLAVICULA ESQUERDA  
 (1260823) - ESCAPULA ESQUERDA

RAI X - RIZADO  
 DATA 13/07/19 HORA 20:05  
 TÉCNICO: [Assinatura]

**Prescrição Médica:**

04080.10150  
 5420

Dr. Flávia dos Santos  
 Médica - Traumato-Ortopedia  
 CRM 12.320

**Motivo da Alta/Encerramento:**

Observação (Adulto)

DATA:

HORA:

MÉDICO/CIPLINIA VACILAY

CRM 12.320

ISMAEL PEREIRA MAURIS

CRM: 4712 Em: 13/07/2019 20:48:20

João Luis Mendes de Mesquita  
 Médico - Traumato-Ortopedia  
 CRM 47390  
 CONFERE COM O ORIGINAL

[Assinatura]

Assinatura Paciente ou Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 09/09/2020 11:46:01

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090911460105700000011166235

Número do documento: 20090911460105700000011166235

Num. 11795570 - Pág. 19

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

**REQUISIÇÃO DE EXAMES**

Req: 976731

Paciente: ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA (Prontuário: 151168) (CNS: 703006882041473)  
Endereço: RUA JORNALISTA JULIO CESAR, 5809 - LOTEAM. JURUAR - PLANALTO URUGUAI - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 09/01/1965 Idade: 54a8m4d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 243055  
Solicitação: 15/07/2019 Solicitante: JOSE FERREIRA NETO  
Convênio: S U S POSTO 2 ENFERMARIA 103 LEITO 018

**EXAMES:**

| Código: | Descrição:          | Cod. SIA:  | Tp.Registro: |
|---------|---------------------|------------|--------------|
| 1261889 | * ELETROCARDIOGRAMA | 0211020036 | 01           |

E Clínicos/Recomendações/Justificativa:

TERESINA - PI 15/07/2019

pop

José Ferreira Neto  
CRM: 15559  
Pediatra

JOSE FERREIRA NETO  
Profissional Solicitante

**AUTORIZAÇÃO (Se Aplicável)**

|                    |                                   |                                                                                                                |
|--------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CSO:               | Nome do Profissional Autorizador: | Data: 15/07/2019<br>Joana Lúcia Mendes de Mesquita<br>Mantida: 4:30:00<br>SAME - HUT<br>CONFERE COM O ORIGINAL |
| Cod. Órgão Emissor |                                   | Ass. Carimbo (Ass. Conselho)                                                                                   |



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 54079 - Em: (14/07/2019)

|                               |                        |                    |       |                           |      |            |         |                              |                          |
|-------------------------------|------------------------|--------------------|-------|---------------------------|------|------------|---------|------------------------------|--------------------------|
| Atendimento Pronto: Paciente: |                        | Dr. Naso. Clínica: |       | Enfermaria:               |      | Leito:     |         | Médico Assistente:           |                          |
| 243055                        |                        | 151168             |       | ERENAR CLAUDIO DA ROCHA   |      | 09/01/1965 |         | POSTO 2                      |                          |
| Evolução:                     |                        | Alergias:          |       | Diagnóstico/Comorbidades: |      | Leito 018  |         | DAYSE CAROLINE MARTINS LUIZ  |                          |
| Hora:                         |                        |                    |       | FX CLAVICULA              |      |            |         |                              |                          |
| Seq.:                         | Descrição-Apresentação |                    | Dose: | Unid.:                    | Via: | Int.:      | Recons: | Dil. Vol.:                   | Horarios:                |
| Dieta                         | ORAL Tipo BRANDA,      |                    |       |                           |      |            |         |                              | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM: |
| 1                             | DIPYRONA SÓDICA 500MG  |                    | 1,00  | Comprim                   | Oral | 6/8h       |         |                              | 11:25 - P.A.: 13x8P:62   |
| 2                             | PARITYDINA 150MG       |                    | 1,00  | Comprim                   | Oral | 12/12h     |         |                              | 12:08 - P.A.: 35,6 C     |
|                               |                        |                    |       |                           |      |            |         | MICROBIOLÓGICO DE ENFERMAGEM |                          |
|                               |                        |                    |       |                           |      |            |         | Téc. de Enferm. p.1          |                          |

Joana Luiza Mendes de Mesquita  
Matrícula: 47390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

TERESINA-PI 11.07.2019



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

223700

Identificação do Estabelecimento de Saúde

|                                                                                         |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1-Nome do estabelecimento solicitante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b> | 2-CNES<br><b>5828856</b> | Código da<br>Internação: |
| 3-Nome do estabelecimento executante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>  | 4-CNES<br><b>5828856</b> | <b>243055</b>            |

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                                                                                |  |                          |  |                        |  |                        |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|--|------------------------|--|------------------------|--|
| 5-Nome: ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA                                                               |  |                          |  | 6 - Prontuário: 151168 |  |                        |  |
| 7-CNS: 703006882041473                                                                         |  | 8-Nascimento: 09/01/1965 |  | 9-Sexo: Masculino      |  | CPF: 337.921.003-04    |  |
| 11-Mãe: CELSA MARIA DA ROCHA                                                                   |  |                          |  |                        |  | 12-Fone: 86-98134-8149 |  |
| 10-Resp: (O MESMO)                                                                             |  |                          |  |                        |  | 14-Cor: Sem Informação |  |
| 13-Ende: RUA JORNALISTA JULIO CESAR, 5809 - LOTEAM. JURUAR - PLANALTO URUGUAI - CEP: 64000-010 |  |                          |  |                        |  |                        |  |
| 16-Munic: TERESINA                                                                             |  | 17-Cod.IBGE: 221100      |  | 18-UF: PI              |  | 19-CEP: 64000-010      |  |

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|                                                                                                                                 |                      |              |                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------|----------------|
| <u>20 - Principais sinais e sintomas clínicos:</u><br>PACIENTE VITIMA ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM CLAVICULA ESQUERDA. |                      |              |                |
| <u>21 - Condições que justificam a internação:</u><br>TRATAMENTO CIRURGICO                                                      |                      |              |                |
| <u>22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):</u><br>RX + EXAME FISICO                 |                      |              |                |
| <u>23-Diagnóstico Inicial:</u><br>Fratura da clavícula                                                                          | 24-CID Prim:<br>S420 | 25-CID Sec.: | 26-CID C.Ass.: |

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                                                                 |                        |                                                                          |                                         |                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 28-Cod.Proced.: 0408010150                                                      |                        | 27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA |                                         | Tempo SU 2                                                                                                                                                       |
| 29-Clinica:                                                                     | 30-Caráter: Ident.: 02 | 31-Docum.: 01                                                            | 32-Doc. Méd. Solic.: CPF 877.154.063-68 | <br>Dr. Fco. das Chagas B. Sousa<br>Ortopedia e Traumatologia<br>CRM 17.382 |
| 33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: FRANCISCO DAS CHAGAS BARBOSA SOUSA |                        | 34-Data Solicitação: 13/07/2019                                          |                                         |                                                                                                                                                                  |

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

|                                                                                                                               |                     |                  |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------|-----------|
| 36-( ) Acidente de Trânsito                                                                                                   | 39-CNPJ Seguradora: | 40-No.Bilhete:   | 41-Serie: |
| 37-( ) Acidente Trabalho Típico                                                                                               | 42-CNPJ Empresa:    | 43-CNAE Empresa: | 44-CBOR:  |
| 38-( ) Acidente Trabalho Trajeto                                                                                              |                     |                  |           |
| 45 - Vínculo com a Previdência:<br>( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado |                     |                  |           |

## AUTORIZAÇÃO

|                                                                             |                                                                                                        |                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador:                                      | 47-Data Autorização:                                                                                   | Joana Luísa Mendes de Mesquita<br>Matrícula: 47390<br>SAÚDE - HUT<br>50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho) |
| 48-Documento:                                                               | 49-Num. Documento:                                                                                     |                                                                                                     |
| ( ) CNS ( ) CPF                                                             |                                                                                                        |                                                                                                     |
| 51 - Assinatura Paciente ou Responsável:<br><i>Erismar Claudio da Rocha</i> | Usuário: (RAIMUNDA SOARES)<br>Consulta Local: 730993<br>Consulta SUS:<br>Impressão: 1307/2019 21:32:34 |                                                                                                     |



| NOME DO PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                            | PRONTUÁRIO                                                  | D. NASCIMENTO                                                                        | CLÍNICA | ENF. ou APT: | LEITO |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|-------|
| Emerson de Almeida                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                             |                                                                                      | 25/08   | governador   |       |
| DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                            | ALERGIAS                                                    | MÉDICO ASSISTENTE / ESPECIALIDADE                                                    |         |              |       |
| DATA: / / HORA: :                                                                                                                                                                                                                                                                                           | HORÁRIO                                                     | OBSERVAÇÕES                                                                          |         |              |       |
| <p><i>Adriana</i></p> <p>Visto Nutricionista<br/>Adriana Karla CRN/P1 6320</p> <p>1 - Dieta geral<br/>2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h<br/>3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/6h<br/>4 - Ienoxicam 20mg + ADEV 12/12h<br/>5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h<br/>6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h<br/>7 - CCGG + SSVV</p> | <p><i>12:20</i></p> <p><i>12:20</i></p> <p><i>12:20</i></p> | <p><i>06:05 100 x 60 mmHg</i></p> <p><i>8:52 bpm</i></p> <p><i>100 x 30 x 20</i></p> |         |              |       |
| <p>Dr. Flávio das Chagas B. Sousa<br/>Ortopedia e Traumatologia<br/>CRM-P1 3520</p>                                                                                                                                                                                                                         |                                                             |                                                                                      |         |              |       |

MÉDICO/CRM:

MOD: 007 - HUT





# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 17.07.19

|                   |                                |                |                      |
|-------------------|--------------------------------|----------------|----------------------|
| NOME DO PACIENTE: | Cirurgião Claudio do Carmo     | PRONTUÁRIO Nº: | 151168               |
| DIAGNÓSTICO:      | Fratura Clavícula (B)          | CIRURGIÃO:     | Dr. Claudio do Carmo |
| ANESTESIA:        | BPG                            | Nº DA SALA:    |                      |
| CIRURGIÃO:        | Dr. Celso Vaz de Oliveira Neto | CPF Nº:        |                      |
| AUXILIAR:         | Dr. Celso Vaz de Oliveira Neto | CPF Nº:        |                      |
| ANESTESIA:        | Dr. Celso Vaz de Oliveira Neto | CPF Nº:        |                      |
| INSTRUMENTADORA:  |                                | CPF Nº:        |                      |

## MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO           | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO        | UNID.  | QUANT. | PREÇO |
|-------------------------|-------|--------|-------|----------------------|--------|--------|-------|
| AGULHA 25X8             | UNID. | 02     |       | LÂMINA DE BISTURI 71 | UNID.  | 01     |       |
| AGULHA 30X8             | UNID. | 03     |       | LUVA Nº 4.0          | PAR    | 06     |       |
| AGULHA 40X12            | UNID. | 02     |       | LUVA Nº 7.5          | PAR    | 06     |       |
| AGULHA RAQUE            | UNID. | 00     |       | LUVA DE PROCEDIMENTO | PAR    | 08     |       |
| ALCOOL 70%              | ML    | 20     |       | PVPI DE GERMANTE     | ML     | 40     |       |
| ALGODÃO                 | BOLA  | 02     |       | PVPI TÓPICO          | ML     | 40     |       |
| ÁGUA OXIGENADA          | ML    | 100    |       | PVPI TINTURA         | ML     | 20     |       |
| COMPRESSA               | PAC.  | 03     |       | SERINGA 20CC         | UNID.  |        |       |
| EQUIPO MACRO- GOTA      | UNID. | 01     |       | SERINGA 10CC         | UNID.  |        |       |
| ESPARADRAPO             | CM    | 40     |       | SERINGA 5CC          | UNID.  |        |       |
| ESCALPE Nº              | UNID. | -      |       | SERINGA 3CC          | UNID.  |        |       |
| FORMOL                  | ML    | -      |       | SORO FISIOLÓGICO     | FRASCO |        |       |
| GASES                   | PAC.  | 06     |       | SONDA URETRAL        | UNID.  |        |       |
| JELCO Nº 20             | UNID. | 01     |       |                      |        |        |       |
| FIOS                    | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA           |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG  |       |        |       |                      |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. |       |        |       |                      |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG  |       |        |       |                      |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG  |       |        |       |                      |        |        |       |
| ALCOFIL                 |       |        |       |                      |        |        |       |
| MONONYLON               |       |        |       |                      |        |        |       |
| FITA UMBILICAL          |       |        |       | ENFERMARIA:          |        |        |       |
| VICRYL                  |       |        |       | CIRCULANTE:          |        |        |       |
| PROLENE                 |       |        |       |                      |        |        |       |

Joana Luísa Mendes de Mesquita  
Matrícula 47360  
SAMES-HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
Centro Cirúrgico

|                                                                                    |               |           |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------|
| Nome do Paciente <i>Enilson Claudio do Rocio</i>                                   |               |           |
| Diagnóstico pré-operatório <i>Proteção Clavícula (B)</i>                           |               |           |
| Operação - Tipo <i>Osteossíntese de Placa e Parafusos</i>                          |               |           |
| Cirurgião<br><i>Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto</i>                                  | 1º Assistente |           |
| 2º Assistente<br><i>Médico Ortopedista<br/>CRM-PI: 3054</i>                        | 3º Assistente |           |
| Instrumentador(a)                                                                  | Anestesista   | Anestesia |
| Anestésico(a)                                                                      |               |           |
| Data da Operação <i>17/07/19</i>                                                   | Início        | Fim       |
| Diagnóstico Pós-operatório<br><i>O mesmo</i>                                       |               |           |
| Relatório Imediato do Patologista<br><i>φ</i>                                      |               |           |
| Acidente Durante a Operação<br><i>φ</i>                                            |               |           |
| <b>DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO</b><br>(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento) |               |           |
| <i>- Paciente sob anestesia - Anestesia o Artimiprio</i>                           |               |           |
| <i>Acima da clavícula (B) - Hemostase</i>                                          |               |           |
| <i>Redução e fixação de Placa e Parafusos 3.5"</i>                                 |               |           |
| <i>- Parafusos - 2mm - fixados na placa</i>                                        |               |           |
| <i>- Enroscado - 1.5mm</i>                                                         |               |           |
| <i>Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto</i>                                               |               |           |
| <i>Médico Ortopedista</i>                                                          |               |           |
| <i>CRM-PI: 3054</i>                                                                |               |           |
| <i>Joana Luisa Mendes de Mesquita</i>                                              |               |           |
| <i>Matrícula: 11300</i>                                                            |               |           |
| <i>SAME - HUT</i>                                                                  |               |           |
| <i>CONFERE COM O ORIGINAL</i>                                                      |               |           |

Mod. 76 HUT



**FOLHA DE ANESTESIA**

UNIDADE DE SAÚDE.

| UNIDADE DE SAÚDE                                                                                                                                                                                                                                                                               |                           |                 |                                                                                                                                               | Nº DE REGISTRO    |                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------|
| NOME DO PACIENTE <i>Wesmar Cláudio da Rocha</i>                                                                                                                                                                                                                                                |                           |                 |                                                                                                                                               |                   |                     |
| DATA: <i>07/12/91</i>                                                                                                                                                                                                                                                                          | P. ARTERIAL <i>145/80</i> | PULSO <i>92</i> | RESPIRAÇÃO                                                                                                                                    | TEMPERATURA       | PESO ALTURA         |
| EXAMES DE SANGUE                                                                                                                                                                                                                                                                               | GR. SANGÜÍNEO             | HEMATIMETRIA    | HEMOGLOBINEMIA                                                                                                                                | HEMATOCRITOS      | GLICEMIA DOS. URÉIA |
| EXAMES DE URINA                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           |                 |                                                                                                                                               |                   |                     |
| FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>Eupneico</i>                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                 |                                                                                                                                               |                   |                     |
| SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>RCR em 29.</i>                                                                                                                                                                                                                                                         |                           |                 |                                                                                                                                               | ELETROCARDIOGRAMA |                     |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO                                                                                                                                                                                                                                                                           |                           |                 |                                                                                                                                               | ASMA              | BRONquite           |
| SISTEMA DIGESTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                 | SISTEMA URINÁRIO                                                                                                                              |                   |                     |
| ESTADO MENTAL                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |                 | CORTICOIDES                                                                                                                                   | ATARAXICOS        | OUTROS              |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO <i>fratura clavícula Esp.</i>                                                                                                                                                                                                                                        |                           |                 |                                                                                                                                               | FÍSICOS           |                     |
| PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |                 | APLICADO AS                                                                                                                                   | EFEITOS           |                     |
| <div> <div> <div>11.50</div> <div>12.50</div> </div> <div> <div>OXIGÊNIO</div> <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> </div> <div> <div>50%</div> </div> </div>                                                                                                                                |                           |                 | TOTAL DE DOSES                                                                                                                                |                   |                     |
| <div> <div>AGENTES ANESTÉSICOS</div> <div> <div>SO-UTO 500</div> <div>400</div> <div>SANGUE 300</div> <div>200</div> <div>OUTROS 100</div> </div> <div> <div>15ml 15ml 15ml</div> </div> </div>                                                                                                |                           |                 | <div> <div>1) AVR - Jelco</div> <div>2) neuromatoma</div> <div>3) xiluc 2% - 400</div> <div>Antanf. 50ml</div> <div>02 100% - 50</div> </div> |                   |                     |
| <div> <div>LÍQUIDOS</div> <div> <div>TEMPERATURA T</div> <div> <div>260</div> <div>240</div> <div>2</div> <div>200</div> <div>180</div> <div>160</div> <div>140</div> <div>120</div> <div>100</div> <div>80</div> <div>60</div> <div>40</div> <div>20</div> <div>10</div> </div> </div> </div> |                           |                 | <div> <div>38</div> <div>94%</div> <div>98%</div> <div>99%</div> </div>                                                                       |                   |                     |
| <div> <div>P. ARTERIAL V O PULSO</div> <div> <div>INÍCIO E FIM ANESTESIA X</div> <div> <div>INÍCIO E FIM OPERAÇÃO</div> <div> <div>RESPIRAÇÃO O</div> <div> <div>38</div> <div>94%</div> <div>98%</div> <div>99%</div> </div> </div> </div> </div> </div>                                      |                           |                 | <div> <div>SEQUÊNCIA</div> <div> <div>1) Cefazolin</div> <div>2) Propofol 100ml</div> <div>3) Sufentil 50mg</div> </div> </div>               |                   |                     |
| SÍMBOLOS                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                 | DURAÇÃO                                                                                                                                       |                   |                     |
| TÉCNICAS <i>Bloqueio flexo braquial</i>                                                                                                                                                                                                                                                        |                           |                 | INCIDENTE - ACIDENTE                                                                                                                          |                   |                     |
| OPERAÇÕES <i>Osteosintese</i>                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |                 |                                                                                                                                               |                   |                     |
| CIRURGIÕES <i>Caio</i>                                                                                                                                                                                                                                                                         |                           |                 |                                                                                                                                               |                   |                     |
| ANESTESISTAS <i>Nilson</i>                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           |                 |                                                                                                                                               |                   |                     |
| CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                 |                                                                                                                                               |                   |                     |
| PARITICULARIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                 | <div> <div>Joana Luísa Mendes de Mesquita</div> <div>Matrícula: 47390</div> <div>SAME - HUT</div> <div>CONFERE COM O ORIGINAL</div> </div>    |                   |                     |

MOD 76 - HUT

Dr. Nilson Ribeiro Soares  
Médico Anestesiologista  
CRM - PI 1699 / CRM - MA 3749

#### CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS

Joanna Luisa Mendes de Mesquita  
Matricula: 47390  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL





**CLÍNICA  
MACHADO**

**RELATÓRIO MÉDICO**

Doença que existia  
Clavado na Rocha foi vítima de acidente  
de trânsito, fato ocorrido em 13.07.2019  
às 19:20, tendo sofrido forte trauma de MSC.  
cursumo com fratura da porção anterior  
da clavicula esquerda, tendo sido tratado  
cirurgicamente através de osteossíntese, com  
placaotorno com fio tampa, com sítio  
definitivo, resta com sequelas:  
forças de flexão do movimento  
do membro atingido, com capro-  
atividade funcional de 70%

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

Dr. Edimar Machado da Silva  
Alergologia - Dermatologia  
Clínica Geral e Cirurgia  
CRM: 1564-PI - CRM: 2668-MA  
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PI

*Edimar*  
08.11.2019

**Residencial Tropical Park**

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva  
Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Pág: 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA** (Prontuário: 151168)  
Endereço: RUA JORNALISTA JULIO CESAR, 5809 - LOTEAM. JURUAR - PLANALTO URUGUAI - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 09/01/1965 Idade: 54a7m20d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 730993  
Requisição: 976206 Solicitação: 13/07/2019 Solicitante: ISMAEL PEREIRA MAURIZ  
Controle: 1260823 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 13/07

### ESCAPULA ESQUERDA

O estudo radiológico da escápula direita realizado nas incidências em pa/perfil. os seguintes aspectos foram observados:

- FRATURA NO TERÇO MÉDIO DA CLAVICULA.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

#### CONCLUSÃO:

- FRATURA NO TERÇO MÉDIO DA CLAVICULA.

RENAN

TERESINA - PI 29/08/2019

**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável





Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

|             |                                                                                                     |                         |                                    |                        |                     |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|------------------------|---------------------|
| Paciente:   | <b>ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA</b> (Prontuário: 151168)                                                |                         |                                    |                        |                     |
| Endereço:   | RUA JORNALISTA JULIO CESAR, 5809 - LOTEAM. JURUAR - PLANALTO URUGUAI - TERESINA - PI CEP: 64000-010 |                         |                                    |                        |                     |
| Nascimento: | 09/01/1965                                                                                          | Idade: 54a7m20d         | Sexo: Masculino                    | Origem: URGÊNCIA/EMERG | Atendimento: 730993 |
| Requisição: | 976206                                                                                              | Solicitação: 13/07/2019 | Solicitante: ISMAEL PEREIRA MAURIZ |                        |                     |
| Controle:   | 1260822                                                                                             | Convênio: S U S         |                                    |                        |                     |

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204040060

Data Exam: 13/07/2019

CLAVICULA ESQUERDA

O estudo radiológico do clavícula esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.

- FRATURA NO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

CONCLUSÃO:

- FRATURA NO TERÇO MÉDIO DA CLAVICULA.

(RENAN

TERESINA - PI 29/08/2019

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Professional Responsável

MATRONS: 69504  
 SAME - HUT  
 Call on 011 011





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Página 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA** (Prontuário: 151168)  
Endereço: RUA JORNALISTA JULIO CESAR, 5809 - LOTEAM. JURUAR - PLANALTO URUGUAI - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 09/01/1965 Idade: 54a7m20d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 730993  
Requisição: 976206 Solicitação: 13/07/2019 Solicitante: ISMAEL PEREIRA MAURIZ  
Controle: 1260821 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 13/07/2019

### OMBRO ESQUERDO

O estudo radiológico do ombro esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
Os seguintes aspectos observados:

- FRATURA NO TERÇO MÉDIO DA CLAVICULA.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

#### CONCLUSÃO:

- FRATURA NO TERÇO MÉDIO DA CLAVICULA.

(RENAN

TERESINA - PI 29/08/2019

**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687  
Profissional Responsável

Assinado eletronicamente por:  
EDNAN SOARES COUTINHO  
CPF: 89004  
HUT  
Código de Verificação





| CONTRAN                                                                                                                                                                                                      |  | DENATRAN                                                             |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------|--|
| <b>REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b><br><b>MINISTERIO DAS CIDADES</b>                                                                                                                                       |  |                                                                      |  |
| <b>DETRAN - PI</b><br><b>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO</b>                                                                                                                              |  | <b>Nº 013938473460</b><br><b>EXERCICIO 2019</b>                      |  |
| <b>VIA</b> 1 <b>COD. RENAVAM</b> 00319018369 <b>R.N.T.R.C.</b> <b>EXERCICIO</b> 2019                                                                                                                         |  | <b>NOME</b> ERISEMAR CLAUDIO DA ROCHA                                |  |
| <b>CFR / CNH</b> 33792100304 <b>PLACA</b> NIM-6952                                                                                                                                                           |  | <b>CLASSE</b> 9C20C4110BR/05525                                      |  |
| <b>PLACA ANT / UF</b> 5219                                                                                                                                                                                   |  | <b>ESPECIE TIPO</b> 3                                                |  |
| <b>PRM / MOTOCICLISTA / BENEFICIARIO</b>                                                                                                                                                                     |  | <b>COMBUSTIVEL</b> GASOLINA                                          |  |
| <b>MARCA / MODELO</b> HONDA / CG 125 FAN KS                                                                                                                                                                  |  | <b>ANO FAB</b> 2011 <b>ANO MOD</b> 2011                              |  |
| <b>CAP / POT / CL</b> 02P/0124CC                                                                                                                                                                             |  | <b>CATEGORIA</b> 2011 <b>COR PREDOMINANTE</b> PRETA                  |  |
| <b>QOTA UNICA</b> 1                                                                                                                                                                                          |  | <b>VENO / COTAS</b> 1                                                |  |
| <b>PREMIO TARIFARIO (R\$)</b> 000,00 <b>PREMIO TOTAL (R\$)</b> 000,00 <b>DATA DE PAGAMENTO</b> 11/03/2019                                                                                                    |  | <b>PREMIO TOTAL (R\$)</b> 000,00 <b>DATA DE PAGAMENTO</b> 11/03/2019 |  |
| <b>TERRESINA</b> <b>LOCAL</b>                                                                                                                                                                                |  | <b>DATA</b> 11/03/2019                                               |  |
| <b>DOCUMENTO DE TRANSFERENCIA</b><br><b>NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERENCIA</b>                                                                                                                                    |  |                                                                      |  |
| <b>SEGURO OBRIGATORIO</b>                                                                                                                                                                                    |  |                                                                      |  |
| <b>PI Nº 013938473460 BILHETE DE SEGURO DPVAT</b>                                                                                                                                                            |  |                                                                      |  |
| <b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT</b><br><b>PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO</b><br><b>AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</b><br><b>www.seguradoralider.com.br</b><br><b>SAC DPVAT 0800 022 1204</b> |  |                                                                      |  |
| <b>DETRAN - PI</b> <b>COD. RENAVAM</b> 00319018369 <b>R.N.T.R.C.</b> <b>EXERCICIO</b> 2019                                                                                                                   |  | <b>NOME</b> ERISEMAR CLAUDIO DA ROCHA                                |  |
| <b>CFR / CNH</b> 33792100304 <b>PLACA</b> NIM-6952                                                                                                                                                           |  | <b>CLASSE</b> 9C20C4110BR/05525                                      |  |
| <b>PLACA ANT / UF</b> 5219                                                                                                                                                                                   |  | <b>ESPECIE TIPO</b> 3                                                |  |
| <b>PRM / MOTOCICLISTA / BENEFICIARIO</b>                                                                                                                                                                     |  | <b>COMBUSTIVEL</b> GASOLINA                                          |  |
| <b>MARCA / MODELO</b> HONDA / CG 125 FAN KS                                                                                                                                                                  |  | <b>ANO FAB</b> 2011 <b>ANO MOD</b> 2011                              |  |
| <b>CAP / POT / CL</b> 02P/0124CC                                                                                                                                                                             |  | <b>CATEGORIA</b> 2011 <b>COR PREDOMINANTE</b> PRETA                  |  |
| <b>QOTA UNICA</b> 1                                                                                                                                                                                          |  | <b>VENO / COTAS</b> 1                                                |  |
| <b>PREMIO TARIFARIO (R\$)</b> 000,00 <b>PREMIO TOTAL (R\$)</b> 000,00 <b>DATA DE PAGAMENTO</b> 11/03/2019                                                                                                    |  | <b>PREMIO TOTAL (R\$)</b> 000,00 <b>DATA DE PAGAMENTO</b> 11/03/2019 |  |
| <b>TERRESINA</b> <b>LOCAL</b>                                                                                                                                                                                |  | <b>DATA</b> 11/03/2019                                               |  |
| <b>DOCUMENTO DE TRANSFERENCIA</b><br><b>NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERENCIA</b>                                                                                                                                    |  |                                                                      |  |
| <b>SEGURO OBRIGATORIO</b>                                                                                                                                                                                    |  |                                                                      |  |
| <b>PI Nº 013938473460 BILHETE DE SEGURO DPVAT</b>                                                                                                                                                            |  |                                                                      |  |
| <b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT</b><br><b>PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO</b><br><b>AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</b><br><b>www.seguradoralider.com.br</b><br><b>SAC DPVAT 0800 022 1204</b> |  |                                                                      |  |
| <b>DETRAN - PI</b> <b>COD. RENAVAM</b> 00319018369 <b>R.N.T.R.C.</b> <b>EXERCICIO</b> 2019                                                                                                                   |  | <b>NOME</b> ERISEMAR CLAUDIO DA ROCHA                                |  |
| <b>CFR / CNH</b> 33792100304 <b>PLACA</b> NIM-6952                                                                                                                                                           |  | <b>CLASSE</b> 9C20C4110BR/05525                                      |  |
| <b>PLACA ANT / UF</b> 5219                                                                                                                                                                                   |  | <b>ESPECIE TIPO</b> 3                                                |  |
| <b>PRM / MOTOCICLISTA / BENEFICIARIO</b>                                                                                                                                                                     |  | <b>COMBUSTIVEL</b> GASOLINA                                          |  |
| <b>MARCA / MODELO</b> HONDA / CG 125 FAN KS                                                                                                                                                                  |  | <b>ANO FAB</b> 2011 <b>ANO MOD</b> 2011                              |  |
| <b>CAP / POT / CL</b> 02P/0124CC                                                                                                                                                                             |  | <b>CATEGORIA</b> 2011 <b>COR PREDOMINANTE</b> PRETA                  |  |
| <b>QOTA UNICA</b> 1                                                                                                                                                                                          |  | <b>VENO / COTAS</b> 1                                                |  |
| <b>PREMIO TARIFARIO (R\$)</b> 000,00 <b>PREMIO TOTAL (R\$)</b> 000,00 <b>DATA DE PAGAMENTO</b> 11/03/2019                                                                                                    |  | <b>PREMIO TOTAL (R\$)</b> 000,00 <b>DATA DE PAGAMENTO</b> 11/03/2019 |  |
| <b>TERRESINA</b> <b>LOCAL</b>                                                                                                                                                                                |  | <b>DATA</b> 11/03/2019                                               |  |
| <b>DOCUMENTO DE TRANSFERENCIA</b><br><b>NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERENCIA</b>                                                                                                                                    |  |                                                                      |  |
| <b>SEGURO OBRIGATORIO</b>                                                                                                                                                                                    |  |                                                                      |  |
| <b>PI Nº 013938473460 BILHETE DE SEGURO DPVAT</b>                                                                                                                                                            |  |                                                                      |  |
| <b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT</b><br><b>PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO</b><br><b>AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</b><br><b>www.seguradoralider.com.br</b><br><b>SAC DPVAT 0800 022 1204</b> |  |                                                                      |  |
| <b>DETRAN - PI</b> <b>COD. RENAVAM</b> 00319018369 <b>R.N.T.R.C.</b> <b>EXERCICIO</b> 2019                                                                                                                   |  | <b>NOME</b> ERISEMAR CLAUDIO DA ROCHA                                |  |
| <b>CFR / CNH</b> 33792100304 <b>PLACA</b> NIM-6952                                                                                                                                                           |  | <b>CLASSE</b> 9C20C4110BR/05525                                      |  |
| <b>PLACA ANT / UF</b> 5219                                                                                                                                                                                   |  | <b>ESPECIE TIPO</b> 3                                                |  |
| <b>PRM / MOTOCICLISTA / BENEFICIARIO</b>                                                                                                                                                                     |  | <b>COMBUSTIVEL</b> GASOLINA                                          |  |
| <b>MARCA / MODELO</b> HONDA / CG 125 FAN KS                                                                                                                                                                  |  | <b>ANO FAB</b> 2011 <b>ANO MOD</b> 2011                              |  |
| <b>CAP / POT / CL</b> 02P/0124CC                                                                                                                                                                             |  | <b>CATEGORIA</b> 2011 <b>COR PREDOMINANTE</b> PRETA                  |  |
| <b>QOTA UNICA</b> 1                                                                                                                                                                                          |  | <b>VENO / COTAS</b> 1                                                |  |
| <b>PREMIO TARIFARIO (R\$)</b> 000,00 <b>PREMIO TOTAL (R\$)</b> 000,00 <b>DATA DE PAGAMENTO</b> 11/03/2019                                                                                                    |  | <b>PREMIO TOTAL (R\$)</b> 000,00 <b>DATA DE PAGAMENTO</b> 11/03/2019 |  |
| <b>TERRESINA</b> <b>LOCAL</b>                                                                                                                                                                                |  | <b>DATA</b> 11/03/2019                                               |  |
| <b>DOCUMENTO DE TRANSFERENCIA</b><br><b>NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERENCIA</b>                                                                                                                                    |  |                                                                      |  |
| <b>SEGURO OBRIGATORIO</b>                                                                                                                                                                                    |  |                                                                      |  |
| <b>PI Nº 013938473460 BILHETE DE SEGURO DPVAT</b>                                                                                                                                                            |  |                                                                      |  |
| <b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT</b><br><b>PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO</b><br><b>AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</b><br><b>www.seguradoralider.com.br</b><br><b>SAC DPVAT 0800 022 1204</b> |  |                                                                      |  |

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0356981/19

**Vítima:** ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA

**CPF:** 337.921.003-04

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 13/07/2019

**Titular do CPF:** ERISMAR CLAUDIO DA  
ROCHA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA : 337.921.003-04

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](http://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: 14/10/2019  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/10/2019  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190649452

**Cidade:** Teresina

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** IGO FERNANDO DA SILVA

**Data do acidente:** 01/08/2019

**Seguradora:** MONGERAL AEGON  
SEGUROS E PREV. S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da diáfise da tíbia e fíbula à esquerda

**Descrição do exame físico:** Ao exame, vítima apresenta atrofia muscular e limitação moderada dos movimentos do tornozelo esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico com placa e parafusos. A fratura está consolidada. Alta médica.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 05/12/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



# PROCURAÇÃO PARTICULAR

## OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

|                                                |                              |                                         |
|------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|
| NOME: <u>Erismar Chaudio da Rocha</u>          |                              |                                         |
| RG: <u>770 722</u>                             | ORG. EMISSOR: <u>SSP/PJ</u>  | D. EXPEDIÇÃO: <u>22/06/09</u>           |
| CPF: <u>337.921.003.04</u>                     | ESTADO CIVIL: <u>casado</u>  | PROFISSÃO: <u>Pedreiro</u>              |
| ENDEREÇO: <u>Rua Jornal de Notícias Galvão</u> |                              | Nº: <u>5809</u>                         |
| COMPLEMENTO: <u>casa</u>                       | BAIRRO: <u>Vale quem tem</u> |                                         |
| CIDADE: <u>Teresina</u>                        | ESTADO: <u>PI</u>            | CEP: <u>64.057/35</u> TELEFONE: <u></u> |

## OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

|                                        |                               |                                    |
|----------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| NOME: <u>Dele Roze Soares Moniques</u> |                               |                                    |
| RG: <u>4.119 262</u>                   | ORG. EMISSOR: <u>SSP/PJ</u>   | D. EXPEDIÇÃO: <u>23/09/14</u>      |
| CPF: <u>840173173 91</u>               | ESTADO CIVIL: <u>solteira</u> | PROFISSÃO: <u>Reuso-me</u>         |
| ENDEREÇO: <u>Rua 24 de Janeiro</u>     |                               | Nº: <u>544</u>                     |
| BAIRRO: <u>Centro norte</u>            | CIDADE: <u>Teresina</u>       | UF: <u>PI</u> CEP: <u>64000235</u> |

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Erismar Chaudio da Rocha

Data do acidente de trânsito: 13/07/19

Cobertura da vítima: Invalidez



LOCAL / DATA: Teresina Piaui 08/08/2019

Erismar Chaudio da Rocha

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira



**TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS**  
Rua Lázaro Hebert, 122 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0110 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br  
*Talita Claudete Gonçalves de Sampaio Pereira*

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ERISMAR CLAUDIO DA  
ROCHA. DOU FE. EM TEST. AAH DA VERDADE.  
Teresina-PI, 08/08/2019. Selo: AAH10581-MS05  
[www.tjpi.jus.br/portalexta](http://www.tjpi.jus.br/portalexta)

*Aurea Leticia Santos Silva*  
AUREA LETICIA SANTOS SILVA-ESCREVENTE  
Emol: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 466  
PROCURAÇÃO PARTICULAR

**CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS**  
*Aurea Leticia Santos Silva*  
Escrevente Autorizada

**CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS**  
**CONSULTE O SELO**  
**DIGITAL**



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0356981/19

Número do Sinistro: 3190582966

Vítima: ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA

CPF: 337.921.003-04

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 13/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

### 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](http://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: 20/11/2019  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/11/2019  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0356981/19  
**Vítima:** ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA  
**CPF:** 337.921.003-04  
**CPF de:** Próprio  
**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A  
**Data do acidente:** 13/07/2019  
**Titular do CPF:** ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### ERISMAR CLAUDIO DA ROCHA : 337.921.003-04

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](http://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: 14/10/2019  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/10/2019  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

