

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Eu Joaquim Barbosa da Silva, brasileiro, solteiro, mecânico,
CPF. 008.687.168-87, RG 218.491-55P.PI, residente e
domiciliado no Rm. Antônio Moreira Lima, nº
10, B. São Gonçalo, residente e
domiciliado na cidade de Parnaíba - Estado do
Piauí.

_____, por seus advogados que esta subscrevem, com
escritório à Rua Heitor Castelo Branco 3001, Ilhotas, nesta cidade, declaro que não posso
suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio
sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de
Justiça, nos termos dos arts. 98 a 102 do NCPC e na Lei 1.060/50.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso inverídica a
declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Joaquim Barbosa da Silva
Assinatura/Digital

Teresina/PI, 20 de Janeiro de 2017

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 000839400

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2016	31/08/2016	122	80,13

JOAO BARBOSA DOS SANTOS
R. JOAQUIM R MOTA 140 SAO GONCALIN B-URBANO

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:		Atual:	
Anterior:	12701	Anterior:	24/08/2016
Constante de Multiplicação:	12579	Próxima Leitura:	22/07/2016
Consumo Medido:	1,000	Emissão:	23/09/2016
Consumo Faturado:	122	Apresentação:	24/08/2016
Forma de Faturamento:	122 Irregularidade	Dias de Consumo:	24/08/2016

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Nº da Unidade	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo	kWh		
JUL/16	107	CONSUMO	122 A R\$ 0,591143 = 72,11
JUN/16	94	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	6,44
MAI/16	118	CORRECAO MONETARIA IG 07/16-00	0,21
ABR/16	90	MULTA POR ATRASO 07/16-00	1,25
MAR/16	97	JUROS DE MORA DE IMPO 07/16-00	0,12
FEV/16	121		
JAN/16	128		
DEZ/15	167		
NOV/15	139		
OUT/15	153		
TARIFA SEM TRIBUTOS			
0 A 122 - 0,43983			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

A COBRANCA DO SERVICO DE TERCEIRO INCLUIDA EM SUA FATURA PODE SER CANCELADA, A QUALQUER TEMPO, EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. EM CASO DE SINTOMAS DA DENGUE, CHIKUNGUNYA OU ZIKA, DIRIJA-SE AO SUS LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25 Parabéns! Até o dia 11/08/2016, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	0000.9F6E.2539.BB16	Base de Cálculo:	23E4.9E34.E3EF.73B4
Energia:	18,34	Alíquota ICMS:	72,11
Transmissão:	27,01	Valor do ICMS:	20,00%
Encargos:	2,49	Valor do PIS:	14,42
Tributos:		Valor do COFINS:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE

INDICADORES DE CONTINUIDADE										3,30	DICRI
	18,44 DIC			FIC			F MIC				
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Mensal		
Limite											
Realizado											
Conjunto	7,26	14,53	29,06	4,35	8,71	17,42	4,14				
	0,00			0,00	0,00		0,00				

DROGARIA SALUTE * A C MARTINS
 RUA 01 DE MAIO, 632 CENTRO SUL
 CEP:64.000-430 * TERESINA - PIAUI *
 CNPJ:69.629.715/0001-04
 IE:19.427.351-2
 IM:076921-5
 15/03/2016 10:02:39 CCF:022406 COD:023662
CUPOM FISCAL
 ITEM CODIGO DESCRICAO QTD UN VL UNIT (R\$) ST VL ITEM (R\$)
 001 00000000009853 DIMETILPOLICILAXANE COLIRIO
 10ML 1UN X 70,00 11 70,00
 TOTAL R\$ 70,00
 Dinheiro 70,00
 PV00000086363
 MD-5: def9770815f8717a27e23fe59cc47871
 Tot. Apr. Imposto: 18,73 26.75%(IBPT)
 ERIVAN
 Aplicativo:
 SEI/FISCA 1.20d Sei Informatica 86 32215792
 8AMCGJLJ INNERHQD FRUATYJJ 6FJ6AHJJ GKNCFBCN2EJ
 BEMATECH MP-2100 TH FI ECF-IF
 VERSAO:01.01.01 ECF:003 LJ:0001
 QQQQQQQQQWQYQYOR011 15/03/2016 10:02:46
 FBB:BE051475610000202302



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2016

Carta nº: 9423859

A/C: JOAO BARBOSA DOS SANTOS

Sinistro:	3160275041 ASL-0862986/16
Vítima:	JOAO BARBOSA DOS SANTOS
Data Acidente:	01/02/2016
Natureza:	INVALIDEZ
Procurador:	

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - IRREGULARIDADE

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que face a irregularidade constatada em auditoria realizada, o sinistro acima não será indenizado.

A documentação original permanece em nosso poder para as providências cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do nosso SAC 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

ANTENTICAR A
COPIA DO BOLETIM

DE Ocorrência
NO FORUM

PRESETER A FRENTE

31601452158

8545

31601452158

HOSPITAL DE OLHOS

Dr. Israel Severo da Paz
OF TALMOLOGISTA

Consultas, Refração Computadorizada, Lente de Contato e Cirurgias
CRM-PI 1085 - CPF 099.702.743/68

Jos Barboza dos Santos

— 0226 f

0- Fletival - 1 R0
cel

1 seta 3x/dia

Dr. Israel Severo da Paz
OF TALMOLOGISTA
CRM-PI 1085 - CPF 099.702.743/68

Dr. Henrique Nêvo Cavalcante
NEUROLOGISTA
CRM-PI 3386

Rua Prássandu, 1862
Fone: (86) 3131.1234
Fax: (86) 3223.4826
Teresina - Piauí



15/02/16

TUDO POR VOCÊ

Para João Barboza dos Santos

Use oral

① Vinagre branco 200ml

Tomar 1 colher de colher

med
imagem



OFTALMOLOGISTA

CRM-PI 1085 - CPF: 099.702.743-68

yes Beerhouse is great

novel

10-12-1968

2-15-2000 2x/dec

Dr. Rafael Lebrero da Paz
OFICINA OCISTA
1998-1999-2000-2001-2002-2003-2004-2005-2006-2007-2008-2009-2010-2011-2012-2013-2014-2015-2016-2017-2018-2019-2020-2021-2022-2023-2024-2025-2026-2027-2028-2029-2030-2031-2032-2033-2034-2035-2036-2037-2038-2039-2040-2041-2042-2043-2044-2045-2046-2047-2048-2049-2050-2051-2052-2053-2054-2055-2056-2057-2058-2059-2060-2061-2062-2063-2064-2065-2066-2067-2068-2069-2070-2071-2072-2073-2074-2075-2076-2077-2078-2079-2080-2081-2082-2083-2084-2085-2086-2087-2088-2089-2090-2091-2092-2093-2094-2095-2096-2097-2098-2099-2100-2101-2102-2103-2104-2105-2106-2107-2108-2109-2110-2111-2112-2113-2114-2115-2116-2117-2118-2119-2120-2121-2122-2123-2124-2125-2126-2127-2128-2129-2130-2131-2132-2133-2134-2135-2136-2137-2138-2139-2140-2141-2142-2143-2144-2145-2146-2147-2148-2149-2150-2151-2152-2153-2154-2155-2156-2157-2158-2159-2160-2161-2162-2163-2164-2165-2166-2167-2168-2169-2170-2171-2172-2173-2174-2175-2176-2177-2178-2179-2180-2181-2182-2183-2184-2185-2186-2187-2188-2189-2190-2191-2192-2193-2194-2195-2196-2197-2198-2199-2200-2201-2202-2203-2204-2205-2206-2207-2208-2209-2210-2211-2212-2213-2214-2215-2216-2217-2218-2219-2220-2221-2222-2223-2224-2225-2226-2227-2228-2229-2230-2231-2232-2233-2234-2235-2236-2237-2238-2239-2240-2241-2242-2243-2244-2245-2246-2247-2248-2249-2250-2251-2252-2253-2254-2255-2256-2257-2258-2259-2260-2261-2262-2263-2264-2265-2266-2267-2268-2269-2270-2271-2272-2273-2274-2275-2276-2277-2278-2279-2280-2281-2282-2283-2284-2285-2286-2287-2288-2289-2290-2291-2292-2293-2294-2295-2296-2297-2298-2299-2300-2301-2302-2303-2304-2305-2306-2307-2308-2309-2310-2311-2312-2313-2314-2315-2316-2317-2318-2319-2320-2321-2322-2323-2324-2325-2326-2327-2328-2329-2330-2331-2332-2333-2334-2335-2336-2337-2338-2339-2340-2341-2342-2343-2344-2345-2346-2347-2348-2349-2350-2351-2352-2353-2354-2355-2356-2357-2358-2359-2360-2361-2362-2363-2364-2365-2366-2367-2368-2369-2370-2371-2372-2373-2374-2375-2376-2377-2378-2379-2380-2381-2382-2383-2384-2385-2386-2387-2388-2389-2390-2391-2392-2393-2394-2395-2396-2397-2398-2399-2400-2401-2402-2403-2404-2405-2406-2407-2408-2409-2410-2411-2412-2413-2414-2415-2416-2417-2418-2419-2420-2421-2422-2423-2424-2425-2426-2427-2428-2429-2430-2431-2432-2433-2434-2435-2436-2437-2438-2439-2440-2441-2442-2443-2444-2445-2446-2447-2448-2449-2450-2451-2452-2453-2454-2455-2456-2457-2458-2459-2460-2461-2462-2463-2464-2465-2466-2467-2468-2469-2470-2471-2472-2473-2474-2475-2476-2477-2478-2479-2480-2481-2482-2483-2484-2485-2486-2487-2488-2489-2490-2491-2492-2493-2494-2495-2496-2497-2498-2499-2500-2501-2502-2503-2504-2505-2506-2507-2508-2509-2510-2511-2512-2513-2514-2515-2516-2517-2518-2519-2520-2521-2522-2523-2524-2525-2526-2527-2528-2529-2530-2531-2532-2533-2534-2535-2536-2537-2538-2539-2540-2541-2542-2543-2544-2545-2546-2547-2548-2549-2550-2551-2552-2553-2554-2555-2556-2557-2558-2559-2560-2561-2562-2563-2564-2565-2566-2567-2568-2569-2570-2571-2572-2573-2574-2575-2576-2577-2578-2579-2580-2581-2582-2583-2584-2585-2586-2587-2588-2589-2590-2591-2592-2593-2594-2595-2596-2597-2598-2599-2600-2601-2602-2603-2604-2605-2606-2607-2608-2609-2610-2611-2612-2613-2614-2615-2616-2617-2618-2619-2620-2621-2622-2623-2624-2625-2626-2627-2628-2629-2630-2631-2632-2633-2634-2635-2636-2637-2638-2639-2640-2641-2642-2643-2644-2645-2646-2647-2648-2649-2650-2651-2652-2653-2654-2655-2656-2657-2658-2659-2660-2661-2662-2663-2664-2665-2666-2667-2668-2669-2670-2671-2672-2673-2674-2675-2676-2677-2678-2679-2680-2681-2682-2683-2684-2685-2686-2687-2688-2689-2690-2691-2692-2693-2694-2695-2696-2697-2698-2699-2700-2701-2702-2703-2704-2705-2706-2707-2708-2709-2710-2711-2712-2713-2714-2715-2716-2717-2718-2719-2720-2721-2722-2723-2724-2725-2726-2727-2728-2729-2730-2731-2732-2733-2734-2735-2736-2737-2738-2739-2740-2741-2742-2743-2744-2745-2746-2747-2748-2749-2750-2751-2752-2753-2754-2755-2756-2757-2758-2759-2760-2761-2762-2763-2764-2765-2766-2767-2768-2769-2770-2771-2772-2773-2774-2775-2776-2777-2778-2779-2780-2781-2782-2783-2784-2785-2786-2787-2788-2789-2790-2791-2792-2793-2794-2795-2796-2797-2798-2799-2800-2801-2802-2803-2804-2805-2806-2807-2808-2809-2810-2811-2812-281

2



DR. ISRAEL SEVERO

OFTALMOLOGISTA

CRM-PI 1085 - CPF: 099.702.743-68

for Barbara Seibert

Wolff

D. DiArox - 280a.
1/2 comp place

② - Court count 2/4 - 20015
Taxes 1/4 cash.

Dr. Israel Cervero de Paz
OFTALMOLOGISTA
CEM 10656 TEL 009.702.743-68

1

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
CLÍNICA DE OLHOS
Dr. Israel Severo da Paz
OFTALMOLOGISTA
CRM-PI 1085 - CPF: 099.702.743/68
Rua 24 de Janeiro, 174 - Centro/Norte Teresina - PI

Paciente: João Barbosa dos Santos

Endereço:

Prescrição:

co. 14

Q - Diprocl. Polipiloxapil
1 seta 5x4 dia 1 Po 4
8h - 11h - 3h - 8h

14.03.16

Dr. Israel Severo da Paz
OFTALMOLOGISTA
CRM 1085 - CPF 099.702.743-68

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: / /

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: _____
Ident: _____ Org. Emissor: _____
End: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____



ESTADO DO PIAUÍ HOSPITAL MUNICIPAL DE REGENERAÇÃO MARIA DE LOURDES LEAL NUNES

Av. Alberto Leal Nunes, S/N - Fone: 3293-1964 - CEP 64.490-000 - REGENERAÇÃO - PI

TRATAMENTO AMBULATORIAL

☐ OBSERVAÇÃO
INTERNAÇÃO

Nome: João Barbosa dos Santos
Data de Nascimento: 30-12-1956
CNS: _____ Hora: 10:05 1ª Vez () Subsequente (X)
Endereço: Rua Antonio Moreira Ramalho 10 São Gonçalo
Município: Regeneração
História Clínica: _____

Exame Físico: _____
Sinais Vitais: P.A. 140 x 100 mm Hg Glicemia capilar _____ MG/dl
TAX: _____ °C Sat. O2 _____ % P. _____ bpm F.R. _____ irpm

Outros Exames: _____

Hipótese Diagnóstica: _____
Exame ou Tratamento Solicitado: _____
Data: 03-09-16

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU IMPRESSÃO DIGITAL

OBS.: O TRATAMENTO SERÁ PAGO PELO SUS. É PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA.



Estado do Piauí
Prefeitura de Teresina
Fundação Hospitalar de Teresina



RECEITUÁRIO

USO EXCLUSIVO NA
REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Série A - N° 663055

Nome do paciente
JOS BARBOSA SAUTOS

Endereço

Carimbo da Unidade de Saúde
17577.205/0003-03
Hospital de Urgência de Teresina
Dr. Zenon Rocha
Rua Dr. Otto Tilo, 1820 - Redenção
CEP: 64.017-770

Teresina
Número de Ploteamento

Bairro

USO OCULAR
PARA OFTALMIA 173
APLICA NO OCU AFETADO. 3 VECES AO DIA
OR 7 DIAS

Dr. Adonias Albuquerque Prestes
Médico
CRM 959-PI

Data 29.02.16.

Data

Assinatura

Unidade de Saúde



SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO PIAUÍ - SESAPI
HOSPITAL REGIONAL DR. FRANCISCO AYRES CAVALCANTE
Praça Pe. Virgílio, 167 - Centro - Fone: 3292-1130 / 1675 • CEP 64.400.000 - Amarante - PI

Nome: FULBANO DA SILVA

B

Profam - 0140
E - 1 V 3
SOP - 015

18102116

Adonias Albuquerque Prestes
Médico
CRM 959-PI

Data 1/1/



SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO PIAUÍ - SESAPI
HOSPITAL REGIONAL DR. FRANCISCO AYRES CAVALCANTE
Praça Pe. Virgílio, 167 - Centro - Fone: 3292-1130 / 1675 • CEP 64.400.000 • Amarante - PI



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: João Barbosa dos Santos
Nº CARTÃO SUS: 20414658977702201 FONE: 86 99814 3539
DATA DE NASCIMENTO: 03.12.1956 PROFISSÃO: Torn. mecânico SEXO: MASC. ☒ FEM. ☐
PAI: Antonio Rodrigues dos Santos
FILIAÇÃO: MÃE: Maria Barbosa dos Santos

ENDEREÇO: Rua: Antonio Moreira Ramos

MUNICÍPIO: Regeneração PIAUÍ ESTADO: CEP:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

DATA DO ATENDIMENTO: 01.02.16 HORA:

MOTIVO DO ATENDIMENTO/CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Paciente deu entrada no
serviço, após acidente de
carro, deu entrada no pronto
socorro.

DIAGNÓSTICO/CID

Traumatismo no tornozelo
devido ao acidente de carro.

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

Rx do tornozelo sim. e
em ps e p simp

TRATAMENTOS REALIZADOS

1. Voltagem 55 - 01 V - 16
2. AA - 3.0
3. 100. gms - 2.0
4. 1.0

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Consulta Básica..... (X)	3. Doc. 1/2/2002
Aerosol..... ()	Atadura..... ()
Drenagem de Abscesso..... ()	Luvas Esteréis..... ()
Retirada de Corpo Estranho..... ()	Bisturi (Lâmina)..... ()
Pequena Cirurgia..... ()	Soro Fisiológico..... ()
Sutura Simples..... ()	Fios de Sutures, Cat. Gut. Cromado ou Mononylo..... ()
Terapia Medicamentosa..... (X)	Gases Esteréis..... ()
Observação..... ()	Seringas..... ()
Curativo..... ()	Agulhas..... ()
Retirada de Ponto..... ()	Anestésicos..... ()
Pressão Arterial..... ()	
Temperatura..... ()	
Internação..... ()	
Glicemia Capilar..... ()	
Lavagem de Ouvido..... ()	

Assinatura do
Auxiliar ou Técnico de Enfermagem

Assinatura do
Enfermeiro ou Responsável

OBS.:

Adonias Albuquerque Prestes
Médico
CRM 959-PI

DATA: 01.02.16

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO ASSISTENTE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Nome completo do paciente



SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO PIAUÍ - SESAPI
HOSPITAL REGIONAL DR. FRANCISCO AYRES CAVALCANTE
Praça Pe. Virgílio, 167 - Centro - Fone: 3292-1130 / 1675 • CEP 64.400.000 - Amarante - PI



REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: José Suelen dos Suelen
Nome da Mãe: Lucia Suelen dos Suelen
Data de Nascimento: 03/12/196
Endereço: Rua João de Deus, 167 - Centro
Município: Delegado - PI
Dados Clínicos: Exame de Tumor D
Exames Solicitados: Rx de Tumor D e P e P

(MÁXIMO DE TRÊS)

Data: 01/02/16

Adonias Albuquerque Prestes
Médico
CRM 959-PI

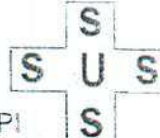
Assinatura do(a) Médico(a) solicitante e Carimbo

Obs.: Estes exames são pagos pelo SUS. É proibida a cobrança de qualquer taxa.



ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL MUNICIPAL DE REGENERAÇÃO
MARIA DE LOURDES LEAL NUNES

Av. Alberto Leal Nunes, S/N - Fone: 3293-1964 - CEP 64.490-000 - REGENERAÇÃO - PI



TRATAMENTO AMBULATORIAL

☐ OBSERVAÇÃO
☐ INTERNAÇÃO

Nome: João Padua dos Santos

Data de Nascimento: 30/12/56 Profissão: homem mecânico

CNS: 2042463897700001 Hora: 18:35

1ª Vez () Subsequente (X) Cor: 03

Endereço: R. Antônio Modesto Ramos / End. Amador N. 10

Município: Regeneração

História Clínica:

Exame Físico: Trauma pé direito, com selo por
paciente. Queda de moto, segundo informações do

Outros Exames: Voltou 75 dias IM

Hipótese Diagnóstica:

Exame ou Tratamento Solicitado:

Data: 31.01.06

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU IMPRESSÃO DIGITAL

OBS.: O TRATAMENTO SERÁ PAGO PELO SUS E PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA.

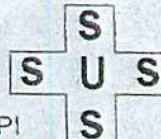


ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL MUNICIPAL DE REGENERAÇÃO

MARIA DE LOURDES LEAL NUNES

Av. Alberto Leal Nunes, S/N - Fone: 3293-1964 - CEP 64.490-000 - REGENERAÇÃO - PI



TRATAMENTO AMBULATORIAL

☐ OBSERVAÇÃO
☐ INTERNAÇÃONome: João Pradara dos SantosData de Nascimento: 30/12/56 Profissão: benfiteiro municipalCNS: 2042403897700001 Hora: 18:351ª Vez () Subsequente (X) Cor: 03Endereço: R. Antônio Modesto Ramos 1 São Amador n. 10Município: RegeneraçãoHistória Clínica: Trauma pé direito.

Exame Físico: _____

Outros Exames: vd/mm 75 seg 2M

Hipótese Diagnóstica: _____

Exame ou Tratamento Solicitado: _____

Data: 31.01.16

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU IMPRESSÃO DIGITAL

OBS.: O TRATAMENTO SERÁ PAGO PELO SUS, É PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA.

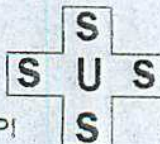


ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL MUNICIPAL DE REGENERAÇÃO

MARIA DE LOURDES LEAL NUNES

Av. Alberto Leal Nunes, S/N - Fone: 3293-1964 - CEP 64.490-000 - REGENERAÇÃO - PI



TRATAMENTO AMBULATORIAL

☐ OBSERVAÇÃO
☐ INTERNAÇÃONome: João Badura dos SantosData de Nascimento: 30/12/56 Profissão: boniteiro mecânicoCNS: 2041403897700001 Hora: 18:351ª Vez () Subsequente (X) Cor: OBEndereço: R. Antônio Moreira Ramos 1 São Amador n. 10Município: LimoeiroHistória Clínica: Transtorno de ansiedade, com medo porExame Físico: paciente deitado, segundo informações dopaciente.Outros Exames: Vol 75 Laps 2MHipótese Diagnóstica: Exame ou Tratamento Solicitado: Data: 31.01.16

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU IMPRESSÃO DIGITAL

OBS.: O TRATAMENTO SERÁ PAGO PELO SUS E PROIBIDA A COBRANÇA DE QUALQUER TAXA.

FONE= 993619436

04186-993619436

04186-998143539



BOLETIM DE OCORRENCIA ALTERNATIVO

Número do B.O :216/2015

Resp. pelo Registro: Maria da Paz Ferreira Araújo

Delegado: Dr. José Tomaz de Aquino Neto

Data: 18/02/2016

Horário: 12h 30 h

DADOS DA OCORRÊNCIA

Delegacia Responsável: Delegacia de Polícia Civil de Amarante - PI

Data: 01/02/2016 Horário do Fato: 18:30 h Local: Rua Mariano Francisco Xavier

Bairro: Alto do Balanço Cidade: Regeneração- PI

NATUREZA DO FATO

LESÃO ACIDENTAL NO TRANSITO

NOTICIANTE/VÍTIMA

Nome: JOÃO BARBOSA DOS SANTOS

Nacionalidade: Brasileiro

Naturalidade: Regeneração - PI

Estado Civil: casado Profissão: Torneiro Mecânico Data de Nascimento: 30/12/1956

RG nº: 218441 SSPPI CPF: 008.687.168-47

Filiação: Maria Barbosa dos Santos e Antonio Rodrigues dos Santos

Residente: Rua Antonio Moreira Ramos, nº 10- Bairro São Gonçalinho, Regeneração - PI

VEÍCULO(S) e PESSOA (S) ENVOLVIDO(AS)

Motocicleta Honda 125 FAN, cor preta, ano/mod. 2006, Placa LWE-8002 PI, chassi 9C2JC30706R865287, Renavam 889419809 de propriedade de João Barbosa dos Santos.

LOCALDE ATENDIMENTO MEDICO

Hospital Dr. Francisco Ayres Cavalcante, Amarante-PI.

NARRATIVA DO FATO

Noticia que no dia 01/02/2016, por volta das 18:30 h, trafegava pela Rua Mariano Francisco Xavier, Bairro Alto do Balanço, Regeneração- PI, conduzindo a motocicleta supracitada, quando derrapou a moto na areia, perdeu o controle da moto, caiu ao solo sofrendo fratura no tornozelo direito; Que foi socorrido e por falta de médico em Regeneração - PI, foi levado ao hospital de Amarante-PI, conforme ficha de atendimento. Era o que tinha a relatar. Era o que tinha a relatar.//////////

DECLARAÇÃO DO INFORMANTE E/OU VÍTIMA

LARO, SOB AS PENAS DA LEI, SEREM VERDADEIRAS AS INFORMAÇÕES NESTE ATO PRESTADAS, COMPREENDENDO O QUE ABELECEM OS ARTS. 299 E 340 DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO.

João Barbosa dos Santos
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO

Maria da Paz Ferreira Araújo
Responsável pelo Registro

Mat.: 009615-8



BOLETIM DE OCORRENCIA ALTERNATIVO

Número do B.O :216/2015

Resp. pelo Registro: Maria da Paz Ferreira Araújo

Delegado: Dr. José Tomaz de Aquino Neto

Data: 18/02/2016

Horário: 12h 30 h

DADOS DA OCORRÊNCIA

Delegacia Responsável: Delegacia de Polícia Civil de Amarante - PI

Data: 01/02/2016 Horário do Fato: 18:30 h Local: Rua Mariano Francisco Xavier

Bairro: Alto do Balanço Cidade: Regeneração- PI

NATUREZA DO FATO

LESÃO ACIDENTAL NO TRANSITO

NOTICIANTE/VÍTIMA

Nome: **JOÃO BARBOSA DOS SANTOS**

Nacionalidade: Brasileiro

Naturalidade: Regeneração - PI

Estado Civil: casado Profissão: Torneiro Mecânico Data de Nascimento: 30/12/1956

RG nº: 218441 SSPPI CPF: 008.687.168-47

Filiação: Maria Barbosa dos Santos e Antonio Rodrigues dos Santos

Residente: Rua Antonio Moreira Ramos, nº 10- Bairro São Gonçalinho, Regeneração - PI

VEÍCULO(S) e PESSOA (S) ENVOLVIDO(AS)

Motocicleta Honda 125 FAN, cor preta, ano/mod. 2006, Placa LWE-8002 PI, chassi 9C2JC30706R865287, Renavam 889419809 de propriedade de João Barbosa dos Santos.

LOCAL DE ATENDIMENTO MÉDICO

Hospital Dr. Francisco Ayres Cavalcante, Amarante-PI.

NARRATIVA DO FATO

Notícia que no dia 01/02/2016, por volta das 18:30 h, trafegava pela Rua Mariano Francisco Xavier, Bairro Alto do Balanço, Regeneração- PI, conduzindo a motocicleta supracitada, quando derrapou a moto na areia, perdeu o controle da moto, caiu ao solo sofrendo fratura no tornozelo direito; Que foi socorrido e por falta de médico em Regeneração - PI, foi levado ao hospital de Amarante-PI, conforme ficha de atendimento. Era o que tinha a relatar. Era o que tinha a relatar.//////////

DECLARAÇÃO DO INFORMANTE E/OU VÍTIMA

LARO, SOB AS PENAS DA LEI, SEREM VERDADEIRAS AS INFORMAÇÕES NESTE ATO PRESTADAS, COMPREENDENDO O QUE ABECEM OS ARTS. 299 E 340 DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO.

João Barbosa dos Santos
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO

Maria da Paz Ferreira Araújo

Responsável pelo Registro

Mat.: 009615-2



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

() MORTE () INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA

DATA DO ACIDENTE / / POSSUI CPF () SIM () NÃO Nº CPF

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

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

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

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

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome)

Quem é o portador? () Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador

E-mail

Telefone ()

Data

Assinatura

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto)

Atendente

Matrícula

Data:

Assinatura:

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Seguradora Líder • DPVAT

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Nº DO SINISTRO

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

EU, _____
PORTADOR(A) DO RG Nº _____
EXPEDIDO POR _____ EM _____ E _____
CPF 086871684-7 / CNPJ _____, PROFISSÃO _____, NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários;

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS) _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA

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

LOCAL _____

DATA _____

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) _____

ATENÇÃO

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

 Prefeitura do Município de Teresina SECRETARIA MUNICIPAL DE FINANÇAS NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFSe		Número da Nota 00000318 Data e Hora da Emissão 22/03/2016 15:48:51 Código de Verificação 71d04384	
PRESTADOR DE SERVIÇOS Nome/Razão Social: ISRAEL & PAZ LTDA ME CPF/CNPJ: 10.574.313/0001-07 Incrição Municipal: 101602-4 Endereço: RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO, Nº 174 - BAIRRO CENTRO - CEP: 64001-230 Município: TERESINA UF: PI			
TOMADOR DE SERVIÇOS Nome/Razão Social: JOÃO BARBOSA DOS SANTOS CPF/CNPJ: 008.687.168-47 Endereço: RUA 24 DE JANEIRO, Nº 174 - BAIRRO CENTRO - CEP: 64000-000 Município: TERESINA UF: PI E-mail:			
Descrição: DISCRIMINAÇÃO DOS SERVIÇOS CIRURGIA OFTALMOLOGICA			
Item e SIM	Item CIRURGIA OFTALMOLOGICA	Qtd 1	Unidade R\$ 3.000,00 Total R\$ 3.000,00
PIS (0,00000%): R\$ 0,00 COFINS (0,00000%): R\$ 0,00 INSS (0,00000%): R\$ 0,00 IR (0,00000%): R\$ 0,00 CSLL (0,00000%): R\$ 0,00			
VALOR TOTAL DA NOTA = R\$ 3.000,00			
Valor Total das Deduções: R\$ 0,00		Base de Cálculo: R\$ 3.000,00 Alíquota: 2,00% Valor do ISS: R\$ 60,00	
OUTRAS INFORMAÇÕES Mês de Competência da Nota Fiscal: 03/2016 Recolhimento: ISS A RECOLHER PELO PRESTADOR Incidência: TERESINA/PI Prestador optante Simples Nacional e sua alíquota é 2,00% CNPJ: 008687168000107 Descrição da Atividade: ATIVIDADE MEDICA AMBULATORIAL RESTRITA A CONSULTAS Serviço: 0403 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, pronto-socorro, ambulatórios e congêneres. O CREDENCIAMENTO PARA EMISSÃO DE NOTA FISCAL ELETRÔNICA NÃO AUTORIZA O FUNCIONAMENTO DA EMPRESA			

Assinatura

CIXIS=

3160145458

OFTALMOLOGISTA

CRM-PI 1085 - CPF: 099.702.743-68

2. 20

[illegible]

Dr. Edward J. Devore, Jr.
OF THE DISTRICT
CRM 1065-077 789.702.741-89

Av. Afrânio Filho, s/n - Escalvado - CEP: 64.400-000 - Amarante - PI Fones: (86) 99507-2568 / 99988-3077
Rua 24 de Janeiro, 174-N - Centro - TERESINA - PI Fones: (86) 3221-3675