

PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado:

OUTORGANTE: Françisco Tavares de Menezes Neto, Casado, Piauí,
RG de nº 749.454, residente e domiciliado na rua An-
selino de Abreu, nº 319, Bairro em União-PI
_____, constituo e nomeio o bastante procurador:

OUTORGADOS: **Mariano Gil Castelo Branco de Cerqueira**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil Seccional Piauí sob o nº 17.066, **Ana Valeria Melo do Rego Monteiro**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil Seccional Piauí sob o nº 2.532, **Fernando Ítalo Sá Varanda**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil Seccional Piauí sob o nº 18.023, todos com endereço profissional na Rua Anfrísio Lobão, Ed. Antônio Alfredo Miranda, sala 02, nº 330, Centro em União/Piauí, com endereço eletrônico: crmadvogados@hotmail.com

OBJETO: Representar o Outorgante, promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto, propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meu bastante procurador o outorgado, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula **ad juditia et extra**, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual podendo substabelecer este a outrem com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao advogado acima descrito, os poderes especiais para **receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar, ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir à justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015.**

União, 08 de maio de 2019

Françisco Tavares de Menezes Neto
Outorgante

Fatura Mensal

MATRICULA 2598620-1	Hidrômetro A13L094613	Referência MAI/2019																																
Nome/Razão Social/Endereço FRANCISCO TAVARES DE MENEZES NETO RUA AREOLINO DE ABREU, 319 0000 BEIRA-RIO UNIAO 64120000																																		
AG= 5																																		
Situação Água/Esgoto 6/3	Categorias de Uso Res. Com. Ind. Pub.	Inscrição 111 1 03 0105 0118-000																																
Período de Consumo 05/04/2019 07/05/2019		Dias Consumo 32																																
Histórico de Consumo <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês/Ano</th> <th>Letura</th> <th>Consumo</th> <th>Ocorr.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>11/18</td><td>255</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>12/18</td><td>255</td><td>0</td><td>25</td></tr> <tr><td>01/19</td><td>255</td><td>0</td><td>25</td></tr> <tr><td>02/19</td><td>255</td><td>0</td><td>36</td></tr> <tr><td>03/19</td><td>255</td><td>0</td><td>25</td></tr> <tr><td>04/19</td><td>255</td><td>0</td><td>25</td></tr> <tr><td>05/19</td><td></td><td>10</td><td>25</td></tr> </tbody> </table>		Mês/Ano	Letura	Consumo	Ocorr.	11/18	255	0	0	12/18	255	0	25	01/19	255	0	25	02/19	255	0	36	03/19	255	0	25	04/19	255	0	25	05/19		10	25	Forma de Faturamento 25-FECHADO HABITADA
Mês/Ano	Letura	Consumo	Ocorr.																															
11/18	255	0	0																															
12/18	255	0	25																															
01/19	255	0	25																															
02/19	255	0	36																															
03/19	255	0	25																															
04/19	255	0	25																															
05/19		10	25																															
Cód. Responsável 002716974		Código da Tarifa 01																																
Consumo Médio 0	Cons. Fixo Água	Cons. Fixo Esgoto																																
Consumo 10	Consumo Faturado 10																																	
DESCRIÇÃO DA FATURA																																		
Cód. Nome do Serviço ESGOTO		Valor (R\$) 14,36																																

VENCIMENTO 13/05/2019 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 14,36

AVISO DE DÉBITO! CONTAS: 8 VALOR: R\$973,43
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30
DIAS APÓS VENCIMENTO.

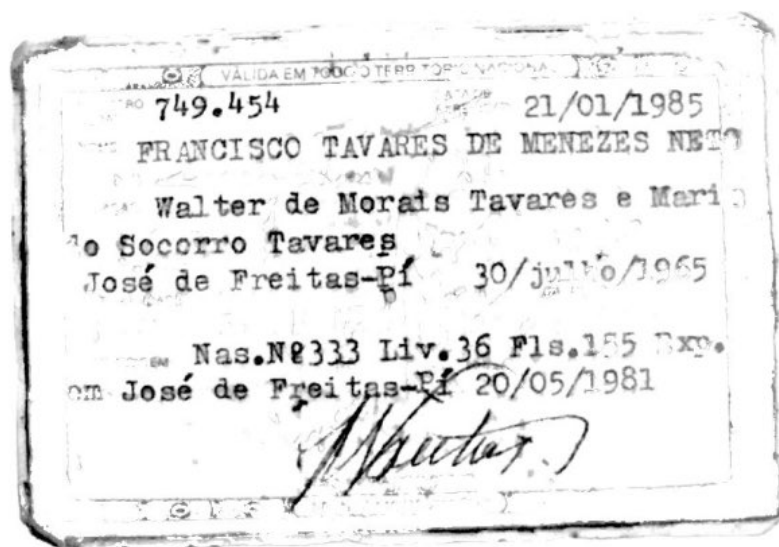
CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PORT. 2014/2011-MB							
Parâmetros	Turbidez	Cor	Cloro	PH	Ferro	Coli.Totale	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	6,0 + 9,5	0,3	Ausente	Ausente
Nº Mínimo de Amostras Exigidas							
Nº Amostras Realizadas							
Nº Amostra que Atende Legislação	2.13	2.95	2.00	6.80		0.00	0.00
Valor Médio							
Conclusão	PRESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA, LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.						

AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA
ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR.
EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGES
PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL

AGESPISA Águas e Esgotos do Piauí S/A Atendimento ao Consumidor 08000 86 8888		Inscrição 111 1 03 0105 0118-000	AG= 5
Categorias de Uso Res. Com. Ind. Pub.	Matricula 2598620-1	Referência MAI/2019	
VENCIMENTO 13/05/2019		TOTAL A PAGAR (R\$) 14,36	
82660000000-2 14360001822-8 59862010520-8 19000000001-7			







DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Francisco Tavares de Menezes Neto, brasileiro, casado, portador(a) do RG nº 742.454 e do CPF nº 397.692.403-20 residente e domiciliado na Rua Avelino de Abreu, 319, União - PI, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

União, 08 de Maio de 2019

Francisco Tamayo de mendoza rodr
DECLARANTE



HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO

DR. JOSÉ DA ROCHA FURTADO

Rua São Paulo, s/n - Fone (086) 3265-1116.

CEP - 64.120.000 - União - Piauí

CNPJ: 18.488.308/0001-93

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o Sr. **Francisco Tavares Menezes Neto**, conforme ficha de atendimento, deu entrada neste hospital no dia 05 de outubro de 2016, às 15h55min, vítima de acidente motocicleta, o mesmo foi socorrida na ambulância deste hospital dirigido pelo motorista Aldenor de Medeiros.

União (PI), 17 de outubro de 2016.

Antonia Raimunda Viana da Silva
Antonia Raimunda Viana da Silva

PRESCRIÇÃO

[illegible]

... ORIGINAL

DATA: 19:14.0

ANTONIA R. VIANA DA SILVA



NOME DO PACIENTE: Francisco Tavares de Menezes Neto.

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 422.350

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".



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDENCIA DE ASSISTENCIA A SAÚDE-SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CERIH

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA 02/10/16 HORA: _____ Nº DO TELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE Dr. José do Rocha Bastos MUNICÍPIO _____

MÉDICO: Jordan Leite CRM: 6319/PI

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO
() Obstetria () Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatria () Outro Neurologia

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Francisco Tavares Mendes Neto

Data de Nascimento 30/07/1965 Idade: 51 anos Sexo: ☒ Masculino () Feminino

CPF _____ Cartão Nacional de Saúde 200564713640008

Município de Procedência _____

HDA: TCE há 42h evoluindo com confusão mental, incontinência e febre.

HD: TCE CID _____

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- 4 - Espontânea
- 3 - Comandos
- 2 - À dor
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- 5 - Orientado
- 4 - Confusa
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- 6 - Obedece a comandos
- 5 - Localiza dor
- 4 - Movimento de retirada
- 3 - Flexão anormal
- 2 - Extensão anormal
- 1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

T ax. _____ °C P: _____ bpm R: _____ mmm PA: 12x80 mmHg Sat O₂ _____ Glicemia: 201 mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio () Hidratação Venosa _____
- () Aspiração () Medicação (especificar) _____
- () Curativo () Outros. _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Dr. Jordan Leite
Médico
CRM/PI 6319
Assinatura e carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: 405 Senha: 20610070041
Clínica/Posto: _____



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

NEURO OK

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	FRANCISCO TAVARES DE MENEZES NETO	Prontuário:	422350
Mãe:	MARIA DO SOCORRO TAVARES	Pai:	WALTER DE MORAIS TAVARES
End. Resid.:	RAU AREOLINO DE ABREU N339 - BEIRA RIO - UNIAO - PI - CEP: 64125-000		
Nascimento:	30/07/1965	Idade:	51a:3m:7d
Responsável:	MARIA ODETE	Sexo:	Masculino
Profissão:	PESCADOR	Fone:	86-99557-6040
G. Instrução:	Fundamental Incompleto	CNS:	200564713640008
End. Local.:	- - -	Documento:	RG: 749454 - SSP PI
		E. Civil:	Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	573824	Data:	07/10/2016 14:57:40	Condução:	VEICULO - UNIAO - INTERIOR
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio:	S U S		
Acid. Trab.:	Sim	Acid. Trajeto:	Sim	Acid. Trab. Típico:	Não
				CID Secundario:	V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
QUEDAS	Dor moderada	CIRURGIÃO GERAL	Amarelo
Breve História:		Profissional Clas. Risco:	
PACIENTE ENCAMINHADO COM RELATO DE QUEDA DE MOTOCICLETA. HÁ 12 HORAS. EVOLUI COM DESORIENTAÇÃO E TONTURA.		MARILENE SIQUEIRA SILVA COREN - 383564 Em: 07/10/2016 15:09:08	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

paciente encontra-se LOTE, Glasgow=15, sonolento, póico, quizesas de tontura e de equilíbrio; com equimose periorbital, flacidez e lesões superficiais em tronco, pescoço, membros e cabeça;

Exame físico insensível

HUT DR. ZENON ROCH

TOPOGRAFIA DO ENFERMEIRO

DATA 07/10/16 às 17h30

PA 120/80 mmHg

FC: 120 bpm

Temp.: 36,5°C

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- TC de crânio sem contraste
- Solicito avaliação do Neuro

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA:	1 / 1	HORA:	:	Procedimento	303040092	CID	S069
-------	-------	-------	---	--------------	-----------	-----	------

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imc: 07/10/2016 15:09:18

MARILENE LIMA

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO TAVARES DE MENEZES NETO		Prontuário: 422350	
Mãe: MARIA DO SOCORRO TAVARES		Pai: WALTER DE MORAIS TAVARES	
End. Resid.: RAU AREOLINO DE ABREU N339 - BEIRA RIO - UNIAO - PI - CEP: 64125-000			
Nascimento: 30/07/1965	Idade: 51a:3m:7d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99557-6040
Responsável: MARIA ODETE		CNS: 200564713640008	
Profissão: PESCADOR		Documento: RG: 749454 - SSP PI	
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E. Civil: Casado(a)	
End. Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 573824	Data: 07/10/2016 14:57:40	Clas. Cor: Amarelo
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/__ :__	ESPECIALISTA: NCE
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: # contusões cutâneas com TCE na 3ª. co: Inten. / MTC	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__ :__

1. após 3 dias de
TCE; ce costas) pig cont. melho
de base e dir; TC cor. 100%;
cont. melho base e

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__ :__	ESPECIALISTA: GUF PIFE
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: CO: Som e audição NCE	
CO: 1) 0,9% w/w IV An 42211 2) DIBIROMD 2L IV An	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__ :__

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO TAVARES DE MENEZES NETO** (Prontuário: 422350)
Endereço: RUA AREOLINO DE ABREU N339 - BEIRA RIO - UNIAO - PI CEP: 64125-000
Nascimento: 30/07/1965 Idade: 51a 3m 10d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 174705
Requisição: 684095 Solicitação: 10/10/2016 Solicitante: ELTON PORTELA SANTOS BEZERRA
Controle: 854671 Convênio: S U S POSTO 1 ANEXO 2 P01 LEITO EXTRA

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 10/10/2016

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA DO EXAME: foram realizados cortes tomográficos axiais paralelos a linha órbito meatal antes e após administração endovenosa de contraste.

- PEQUENA LESÃO HEMORRÁGICA AGUDA NO NÚCLEO LENTIFORME DIREITO.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(LUDIMYLLA COSTA)

TERESINA - PI 10/10/2016

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696 958 303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

27-10-16

Hospital Universitário do Piauí

Receita especial
1ª Via

Campus Universitário Ministro Petrônio Portella S/N - Bairro Ininga
CEP 64059-450 - Teresina - PI - Brasil

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: Dr. Tiberio Silva Borges Dos Santos

CRM: CRM UF: PI Nº: 3997

Endereço Completo e Telefone: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella S/N
CEP 64059-450 Fone: (86) 3215-5656 - Teresina/PI

Cidade: Teresina UF: PI

Paciente: FRANCISCO TAVARES DE MENEZES NETO

Endereço RUA AREOLINO DE ABREU 319, Bairro: BAIRRO CENTRO, UNIAO/ null CEP: 64120000

Uso Contínuo

Uso Interno

■ SERTRALINA 50 MG 60 COMP.
TOMAR 1 COMP/MANHÃ

Dr. Tiberio Silva Borges Dos Santos - CRM 3997

Para retirada a partir de 05/04/2017

[Handwritten signature]

Dr. Tiberio Borges
CRM - PI 3997
Neurologia

Esta receita foi elaborada no dia 05/04/2017 com validade de 3 meses

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident:

End:

Cidade:

Telefone:

Org. Emissor:

UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do farmacêutico

Data

Receituário

98578

05/04/2017 16:16:55

1 / 1

Hospital Universitário do Piauí

Receita especial
1ª Via

Campus Universitário Ministro Petrônio Portella S/N - Bairro Ininga
CEP 64059-450 - Teresina - PI - Brasil

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: Dr. Tiberio Silva Borges Dos Santos

CRM: CRM **UF:** PI **Nº:** 3997

Endereço Completo e Telefone: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella S/N
CEP 64059-450 Fone: (86) 3215-5656 - Teresina/PI

Cidade: Teresina **UF:** PI

Paciente: FRANCISCO TAVARES DE MENEZES NETO

Endereço: RUA AREOLINO DE ABREU 319, Bairro: BAIRRO CENTRO, UNIAO/null CEP: 64120000

Uso Interno

■ SERTRALINA 50 MG 60 COMP
TOMAR 1 COMP/MANHÃ

Dr. Tiberio Silva Borges Dos Santos - CRM 3997

Para retirada a partir de 23/08/2017

Tiberio Borges
CRM PI 3997
Neurologia

Esta receita foi elaborada no dia 23/08/2017

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: **Org. Emissor:**
Ident:
End:
Cidade: **UF:**
Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do farmacêutico

Data

Receituário

115517

23/08/2017 16:25:39

1 1

P

 Hospital Universitário HOSPITAL UNIVERSITÁRIO	 UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ	EBSERH EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
---	--	---

RECEITUÁRIO AMBULATORIAL

Laudos médicos - Neurologista

Paciente Francisco Tavares de Menezes
Neto fez acompanhamento após TCE
por queda de moto em outubro/2016,
hemorragia subdura sem dor após cirurgia,
evoluindo com cefaleia e alterações
comportamentais.

CID10: S06.9
K51
F42.1

06/11/17

Dr. Tibério Borges
CRM - 13997
Neurologia

Campus Universitário Ministro Petrônio
Portella, n/n, Teresina - PI, CEP: 64049-550
C.N.P.J. nº 15. 126. 437/0002-24

Superintendência de Comunicação Social - SCS
Impresso na Gráfica Universitária da UFPI



HOSPITAL MUNICIPAL DE UNIÃO

DR JOSÉ DA ROCHA FURTADO
Rua São Paulo, s/n fone (086) 3265 1116
CEP 64120- 000 União - PI
E-mail: hospitaluniao@hotmail.com

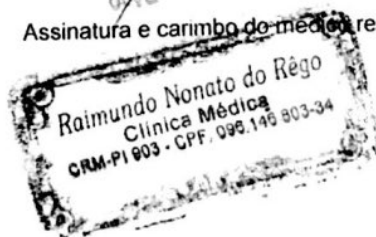
ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, que o Sr(a)
Francisco Teófilo de Menezes Neto
está impossibilitado(a) de trabalhar, por motivo
de doença, por um período de 90 (noventa) (por escrito)
dias a contar desta data.

CID 846

União-PI, 21 de Dezembro de 2017.

Assinatura e carimbo do médico responsável





2035442
Carimbo Município Solicitante

SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE DE UNIÃO
CNPJ: 00.783.827/0001-19

Ficha de Marcação Consulta / Exames

Procedimento (s) (Em caso de Exame Solicitar no Máximo 3)

Neurologista
Dr. Tiberio

Este procedimento é pago pelo
SUS, é proibida a cobrança de
taxas.

Nº do Cartão SUS

Nome do Paciente (Preencher sem abreviar)

Marcelo Tavares de Menezes Neto

Nascimento

Idade

Sexo

Documento do Paciente (Tipo, Número)

Nome da Mãe

Endereço (logradouro, Número)

R. Augusto de Almeida 309

Bairro

São João

Complemento

CEP

Município

União

UF

Fone

Dados Clínicos

Paciente pz acompanhamento
de neurologista.

Data da Solicitação

09/08/18

Carimbo Assinat. Médico Solicitante

Dr. Poliana V. de Moraes
Médica Especialista
em Medicina do Trabalho
CRM-PI - 38.111

Protocolo CERAS:

Ficha de Marcação de Consulta e Exames

Local de Atendimento

Nome do Profissional

Endereço

Dados e Hora do Comparecimento

/ / às :

Carimbo Assinat. do Resp. pelo Agendamento

Número do Agendamento:

Caro Usuário,

Compareça ao local de atendimento 30 (trinta) minutos antes da hora marcada.
Só entregue esta ficha e/ou assine quaisquer documento se for atendido (a)



PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIÃO - PMU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SMS
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL CAPS

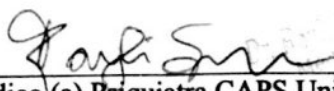
ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, Francisco Tarciso de Nogueira Neto, faz
Acompanhamento Psicossocial no CAPS I Edson Sampaio - União PI, desde
06/24/17, tendo sua última consulta psiquiátrica mais recente registrada em
24/09/18, contando em seu prontuário diagnóstico F06.5
segundo CID 10.

Atualmente faz uso das seguintes medicações: sertralina 50mg
1-0-0.

União - PI, 24/09/18.

Atenciosamente,


Médico(a) Psiquiatra CAPS União - PI

OBS: Este documento tem validade de 30 (trinta) dias

Endereço: Rua São Paulo s/n – Bairro São Judas Tadeu CEP: 64. 120 - 000 – União PI
E-mail: capsuniaopi@gmail.com Telefone: (86) 3265 2134



PREFEITURA MUNICIPAL DE UNIÃO - PMU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SMS
CENTRO DE ATENÇÃO-PSICOSSOCIAL CAPS

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, Francisco Tavares de M. Neto, faz
Acompanhamento Psicossocial no CAPS I Edson Sampaio - União PI, desde
06/04/17, tendo sua última consulta psiquiátrica mais recente registrada em
13/06/18, contando em seu prontuário diagnóstico F06.5
segundo CID 10.

Atualmente faz uso das seguintes medicações: sertralina 50mg
1-0-0.

União - PI, 13/06/18.

Atenciosamente,

 Dr. Rayli Lauro J. B. Sales
Médico Psiquiatra
CRM-PI 5300

Médico (a) Psiquiatra CAPS União - PI

OBS: Este documento tem validade de 30 (trinta) dias

Endereço: Rua São Paulo s/n - Bairro São Judas Tadeu CEP: 64.120-000 - União PI
E-mail: capsuniaopi@gmail.com Telefone: (86) 3265 2134



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 107500.001736/2016-23

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: Jose Antonio Da Silva Lima

Data/Hora: 01/11/2016 - 12:47

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

20ª DP - UNIÃO

05/10/2016 - 14:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

UNIÃO

Bairro

OUTROS - ZONA URBANA

Endereço

FAZENDA CHAPARRAL, Nº: S/N

Ponto de Referência

ANEL VIARIO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO TAVARES DE MENEZES NETO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 749.454 SSPPI PI

Mãe: MARIA DO SOCORRO TAVARES

Pai: WALTER DE MORAIS TAVARES

Endereço: RUA AREOLINO DE ABREU, Nº 319

Bairro: BEIRA RIO

Cidade: UNIÃO

Telefone(s): 86-9557-6040

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE ACIMA QUALIFICADO VEIO NOTICIAR QUE, NO DIA, LOCAL E HORA ACIMA MENCIONADOS, QUANDO SEGUIA PARA A CIDADE DE JOSE DE FREITAS, COLIDIU A SUA MOTOCICLETA MARCA YAMAHA/YBR 125 2005/2006, COR VERMELHA, PLACA LWB-9466 TERESINA-PI, CHASSI Nº 9C6KE092060005269, RENAVAM Nº 908167652, LICENCIADA EM NOME DE VALDIRENE DOS SANTOS SOUSA, COM O MEIO FIO, VINDO A CAIR E BATEU COM A SUA CABEÇA NO CHÃO, PROVOCANDO UM COAGULO NA SUA CABEÇA; QUE FOI TESTEMUNHA DO FATO GILSON VIANA CLAUDINO FILHO, RESIDENTE NA RUA AREOLINO DE ABREU, BAIRRO BEIRA RIO, VIZINHO DA VÍTIMA. ERA O QUE TINHA A RELATAR.

Servulo Carvalho De Sousa Filho - Mat. 2869683
AGENTE DE POLÍCIA

Francisco Tavares Menezes Neto
FRANCISCO TAVARES DE MENEZES NETO - Noticiante
Responsável pela Informação

Francirio Lopes Queiroz
Delegado de Polícia Civil
Matricula 299.056-3
Delegado de Polícia

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

170 100 10 10

DY 0599892 7 BR

Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO TAVARES DE MENEZES NETO
Nº Sinistro: 3180022963
Vitima: FRANCISCO TAVARES DE MENEZES NETO
Data do Acidente: 05/10/2016
Cobertura: DAMS

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180022963**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo
autenticado

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO TAVARES DE MENEZES NETO

Nº Sinistro: 3180022963
Vitima: FRANCISCO TAVARES DE MENEZES NETO
Data do Acidente: 05/10/2016
Cobertura: DAMS

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro número **3180022963**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13502332

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu: Jaldineu dos Santos Sousa
RG nº 9.570.158, data de expedição 16/04/1997
Órgão _____, portador do CPF nº 034.857.673-01 com
domicílio na cidade de _____, no Estado de
_____, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
_____, nº _____,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima _____, cujo o condutor era
_____.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Yamaha/YBR-113
Ano: 2003/2006
Placa: LW3-9466
Chassi: 906KE092060005269 13 Renavam nº 908167652
Data do Acidente: _____
Local e Data: 05/10/2016 Anel Viário

Jaldineu dos Santos Sousa
Assinatura do Declarante

Francisco Fausto de Almeida

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