

Consulta processo: x | 0801729-45.2018.8 x | 0801727-75.2018.8 x | Email - Reinaldo F. x | Controle de docum x | Baixar o arquivo | x | Habilitação nos aut x | +

ProOrd 0801727-75.2018.8.18.0026
FRANCISCO RIBEIRO NETO X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGU...

8378500 - CONTESTAÇÃO (2694976 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 14/02/2020 12:17:09

14 Feb 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 8378498 - CONTESTAÇÃO
- 8378500 - CONTESTAÇÃO (2694976 CONTESTACAO 01)
- 8379026 - Documentos (2694976 CONTESTACAO Anexo 02)
- 8378507 - Documentos (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
- 8378504 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS)
- 8378505 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

12:17

16 Nov 2019

PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE

- 7171066 - Despacho

17:14

23 Jul 2019

downloadBinario.seam 1 / 9

2694976 - CJ/2020-00588/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADO ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPO MAIOR/PI

Processo: 0801727520188180026

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

PT 11:24 14/02/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPO MAIOR/PI

Processo: 08017277520188180026

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FRANCISCO RIBEIRO NETO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **25/04/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 04/07/2017.

Cumpra esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2,362.50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2,362.50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor, foi apurada a seguinte lesão:

Laudo 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

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO RIBEIRO NETO** Sinistro: **3170410842** Data: **25/04/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **R ALTO LONGA, 07 - CIDADE NOVA - Campo Maior - PI - CEP 64280-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PI**] **645047**

Data local do exame: [**08/08/2017**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA E LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR À DIREITA. VÍTIMA APRESENTA IMPORTANTE DEFORMIDADE ÓSSEA, COM IMPORTANTE DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO, ELEVAÇÃO E ADUÇÃO DO OMBRO DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E SINAIS DE HIPOTROFIA MUSCULAR EM TODO O MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (Item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (Item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO POR TIPOIA AMERICANA. REALIZOU FISIOTERAPIA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do membro superior direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentro da opção no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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 (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Membro superior direito

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

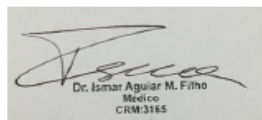
Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Dr. Ismar Aguiar M. Filho
Médico
CRM-3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2,362.50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 25/04/2017. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2,362.50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2,362.50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

⁶ “SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷ **art. 1º. (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPO MAIOR, 11 de fevereiro de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **FRANCISCO RIBEIRO NETO**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **CAMPO MAIOR**, nos autos do Processo nº 08017277520188180026.

Rio de Janeiro, 11 de fevereiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES		
DIRETORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
NOME FRANCISCO, HERMANO DE SOUSA		
	DOC. IDENTIDADE / C.R.S. EMISSOR 982656 SSP PI	
	CPF 974.113.813-49	DATA NASCIMENTO 14/08/1968
	FUNÇÃO ELIAS SOARES DE SOUSA	
	FRANCISCA RODRIGUES DE SOUSA	
PROFISSÃO AC OUTROS		
PROFISSÃO 00428248289	VALIDADE 19/11/2019	EXPIRAÇÃO 13/09/1999
ASSINATURA 		
DATA 20/11/2019		
DATA DE EMISSÃO 20/11/2019		
42147560001 91314048678		
DETRAN-PI (RJADU) 1.3		

26 JUL 2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DOS CIDADÃOS

DETRAN - PI Nº 012898012558

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CÔD. RENAVAM RNTRC EXERCÍCIO

1 00536048713 2017

2715 NOME

0049 CORINTA VERAS RIBEIRO

1de2

0008

9780

0630

3019

5429

6335

1301

8517

PLACA ANT/UF

8273493349

CHASSI

9C2JC4820R077534

COMBUSTÍVEL

ALCOOL/GAS

PAU/MOTOCICLETA/VEHICULO

MARCA/MODELO

HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB

2013

ANO MOD

2013

CAP/POT/CIL

02R/0124CC

CATEGORIA

PARTICU

COR/PREDOMINANTE

PRETA

VENC. COTA ÚNICA

1º IPVA

2º

3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$)

000,00

ICF (R\$)

000,00

PREMIO TOTAL (R\$)

000,00

DATA DE PAGAMENTO

27/06/2017

SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES

A/EID ADMINISTRADORA DE COMS NAC HON

DA

CAMPO MAIOR

LOCAL DATA 27/06/2017

CONTINUA

CONTINUA

SEGURO OBRIGATORIO DE ACIDENTES PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA VERESTRAL, OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS QUANDO SEGURO DPVAT

PI Nº 012898012558 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA SAIR INFORMADO, LER NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

2017 27/06/2017

VIA CPT/CNPJ

1 8273493349

RENAVAM

00536048713

MARCA/MODELO

HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB

2013

ANO MOD

2013

CHASSI

9C2JC4820R077534

PLACA

00C-1645

PREMIO TARIFARIO

R\$ 000,00

DETRAN (R\$)

R\$ 000,00

CUSTO DO SEGURO (R\$)

R\$ 000,00

CUSTO DO BILHETE (R\$)

R\$ 000,00

ICF (R\$)

R\$ 000,00

TOTAL SEGURO BILHETE (R\$)

R\$ 185,50

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

05/06/2017

COTA ÚNICA

000,00

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.943.803/0001-04

www.seguroadoralider.com.br

DUT



26 JUL 2017



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
5ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
2º DISTRITO POLICIAL DE CAMPO MAIOR-PI



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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, FRANCISCO RIBEIRO NETO PORTADOR(A) DO RG Nº 645.645 DEIAN-PI EM 05/12/12 E
CPF 342207123-7 CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO Recebe
E RENDA MENSAL DE R\$ Recebe (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO RIBEIRO NETO 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 reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0616 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 109237-6

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

Camponvale 15 de Agosto de 17

LOCAL E DATA

Francisco Ribeiro Neto

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO -- AG CAMPO MAIOR

DATA: 10/08/2017

HORA: 16:22:39

TERMINAL: 06161030

CONTROLE: 061610300457

AGÊNCIA: 0616 -- CAMPO MAIOR

CONTA: 013.00109237-6

CLIENTE: FRANCISCO RIBEIRO NETO

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170410842 **Cidade:** Campo Maior **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO RIBEIRO NETO **Data do acidente:** 25/04/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/08/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DE OMBRO DIREITO

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ OMBRO DIREITO: 50% DE 25% = 12,5%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Procuração



OUTORGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)			
Nome: FRANCISCO RIBEIRO NETO			
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: CASADO	Profissão: AUTONOMO	
RG: 645.047 - PI	Org. emissor: DETAN-PI	D. Expedição: 05/12/2012	CPF: 342.207.123-72
Endereço: AV. NTO LONGA		Nº: 07	Bairro: CIDADE NOVA
Cidade: CAMPO MAIOR		Estado: PI	CEP: 64.280.000

OUTORGADO: (Dados do procurador)			
Nome: FRANCISCO HERNANDO DE SOUSA			
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: CASADO	Profissão: AUTONOMO	
RG: 992.656 - PI	Org. emissor: SSP-PI	D. Expedição: 23/10/87	CPF: 374.113.813-49
Endereço: RUA ECL. JOÃO CRISTÓFARO		Nº: 390	Bairro: SÃO JOÃO
Cidade: CAMPO MAIOR		Estado: PI	CEP: 64.280.000

Pelo 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 do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de indenização do seguro obrigatório -- DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Residência,) podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima FRANCISCO RIBEIRO NETO Acidente ocorrido em: 25/04/2017.

Lugar / data: Campo Maior-PI, 04.07.2017.

Cartório Único
Campo Maior-PI



FRANCISCO RIBEIRO NETO

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

26 JUL 2017



RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: FRANCISCO RIBEIRO NETO. DOU-PI Nº 17/2017. DA VERDADE, CAMPO MAIOR-PI, 07/07/2017. Selo: 0,25 Total: 4,50 Selo: 110x89x18 (R\$100,00)

(Reconhecer firma por autêntica ou verdadeira)

MARIA THAYNARA ALPENTIA (PROCURADORA) AUTORIZADO(A)



**Laudo 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

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO RIBEIRO NETO** Sinistro: **3170410842** Data: **25/04/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **R ALTO LONGA, 07 - CIDADE NOVA - Campo Maior - PI - CEP 64280-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PI**] **645047**

Data local do exame: [**08/08/2017**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA E LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR À DIREITA. VÍTIMA APRESENTA IMPORTANTE DEFORMIDADE ÓSSEA, COM IMPORTANTE DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO, ELEVAÇÃO E ADUÇÃO DO OMBRO DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E SINAIS DE HIPOTROFIA MUSCULAR EM TODO O MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO POR TIPOIA AMERICANA. REALIZOU FISIOTERAPIA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do membro superior direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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 (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Membro superior direito

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


Dr. Ismar Aguiar M. Filho
Médico
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI



AUTO-ATENDIMENTO - AG CAMPO MAIOR

DATA: 10/08/2017

HORA: 16:22:39

TERMINAL: 06161030

CONTROLE: 061610300457

AGÊNCIA: 0616 - CAMPO MAIOR

CONTA: 013.00109237-6

CLIENTE: FRANCISCO RIBEIRO NETO

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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, FRANCISCO RIBEIRO NETO

PORTADOR(A) DO RG Nº 645.643 DEIAN EXPEDIDO POR DETRAN-PI EM 25/12/12 E

CPF 342707123-7 /CNPJ 000000000000000000. PROFISSÃO RECEITA E

RENTA MENSAL DE R\$ Receita NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO RIBEIRO NETO 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 reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00; com probatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0616 N° da CONTA (com dígito, se existir) 109237-6

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

Camponha, 15 de Agosto de 17

LOCAL E DATA

Francisco Ribeiro Neto

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2017

Carta nº: 11418849

A/C: FRANCISCO RIBEIRO NETO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170410842 ASL-0288566/17
Vitima: FRANCISCO RIBEIRO NETO
Data Acidente: 25/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO HERNANDO DE SOUSA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2017

Carta nº: 11436322

A/C: FRANCISCO RIBEIRO NETO

Sinistro: 3170410842 ASL-0288566/17
Vítima: FRANCISCO RIBEIRO NETO
Data Acidente: 25/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO HERNANDO DE SOUSA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2017

Carta nº 11476152

A/C: FRANCISCO RIBEIRO NETO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170410842 ASL-0288566/17
Vitima: FRANCISCO RIBEIRO NETO
Data Acidente: 25/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO HERNANDO DE SOUSA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2017

Carta nº 11516039

A/C: FRANCISCO RIBEIRO NETO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170410842 ASL-0288566/17
Vitima: FRANCISCO RIBEIRO NETO
Data Acidente: 25/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO HERNANDO DE SOUSA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2017

Carta nº: 11601178

A/C: FRANCISCO RIBEIRO NETO

Sinistro: 3170410842 ASL-0288566/17
Vítima: FRANCISCO RIBEIRO NETO
Data Acidente: 25/04/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO HERNANDO DE SOUSA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCISCO RIBEIRO NETO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000616

Conta: 00000109237-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

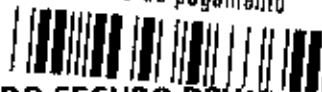
NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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, FRANCISCO RIBEIRO NETO

PORTADOR(A) DO RG Nº 645.047 - DETRAN - PE EXPEDIDO POR DETRAN - PE EM 05/12/12 E
CPF 342207123-72 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO MOTOTAXISTA
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO RIBEIRO NETO, 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 reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS):

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

26 JUL 2017

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL):

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0616 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 109237-6

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

Campo Mourão, PE, 17 de JULHO de 2017.

LOCAL E DATA

Francisco Ribeiro Neto

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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.dpvatreguladotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - CAMPO MAIOR

DATA: 24/07/2017

HORA: 16:53:36

TERMINAL: 06161035

CONTROLE: 061610350936

COMPROVANTE DE TRANSFERÊNCIA ELETRÔNICA
DE VALORES - TEV

FAVORECIDO

CBC/AGÊNCIA : 0616 / CAMPO MAIOR

CONTA : 013.00.109.237-6

NOME : FRANCISCO RIBEIRO NETO

VALOR :

224,00

DATA DE EFETIVAÇÃO : 24/07/2017

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30
MINUTOS.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-726 7474

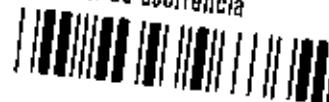
www.caixa.gov.br

26 JUL 2017



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

Boletim de ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 105362.001213/2017-64

Unidade de Registro: 1º DP DE CAMPO MAIOR

Resp. pelo Registro: Pedro Alves Da Silva Filho

Data/Hora: 04/07/2017 - 15:46

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

2º DP DE CAMPO MAIOR

25/04/2017 - 20:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

CAMPO MAIOR

Endereço

PI QUE LIGA CAMPO MAIOR À COIVARAS, Nº:

Complemento

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

BAR DO SEU LOURIVAL

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO RIBEIRO NETO

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 645047 SSP PI

Mãe: FRANCISCA RIBEIRO DE ARAUJO SOUZA

Pai: JOSE VIEIRA DE SOUZA

Endereço: AVENIDA ALTO LONGÁ, Nº 007

Bairro: CIDADE NOVA

Cidade: CAMPO MAIOR - CEP: 64280-000

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

26 JUL 2017

RELATO DA OCORRÊNCIA

Compareceu a esta Delegacia para noticiar que: "No dia 25 de abril de 2017 por volta das 20h30min quando conduzia a motocicleta HONDA BIZ 125 ES, 2013/2013/, preta, Flex, placa OUC-1645, Chassi 9C2JC4820DR077534, código renavam 00536048711, licenciada em nome de CORINTA VERAS RIBEIRO, pela PI que liga Campo Maior à cidade de Coivaras-PI e nas proximidades da Serra de Santo Antonio em frente ao Bar do Seu Lourival perdeu o controle da referida motocicleta após passar sobre uma vala ocasionada pela chuva, causando a sua queda da motocicleta, foi socorrido por populares e encaminhado ao HRCM, atendido pelo médico plantonista, Dr. Lucas Garibald-CRM-PI 6499, onde solicitou sua internação, pois o mesmo estava com fratura em ombro direito, ficando internado por 3 dias, onde após avaliação ortopedia foi liberado para tratamento conservador da lesão; Declaração de inteira responsabilidade do noticiante. Nada mais.

Pedro Alves Da Silva Filho

Pedro Alves Da Silva Filho - Mat. 1084267
AGENTE DE POLÍCIA

Francisco Ribeiro Neto

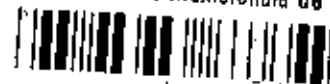
FRANCISCO RIBEIRO NETO - Noticiante
Responsável pela Informação

Francisco das Chagas Silva
Chefe de Cartório
Mat. 9510-9

Delegado de Polícia

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência do IML



Eu, FRANCISCO RIBEIRO NETO, portador da carteira de identidade nº 645047 - PI e inscrito no CPF/MF sob o nº 342.207.123-72, residente e domiciliado na AV. DOUTOR LONGA - N° 07 - CIDADE NOVA, Cidade CAMPO MAIOR, Estado PIAUÍ, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

FRANCISCO RIBEIRO NETO

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

26 JUL 2017

CAMPO MAIOR - PI, 17-07-2017.

Local e data

HREED

ATO DECLARATÓRIO

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

INTERNO

JOÃO LUIZ, CAMPO MAIOR/PI - 64280-000

CPF: 06553564000642

(86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

DIGITADO

Atendimento: P0109053

Data: 25/04/2017

Funcionário: M. HELENA

Registro: 52628

Hora: 23:26:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

SUS

Senha: 7

FRANCISCO RIBEIRO NETO

Nascimento: 30/01/1964 Idade: 53 ANOS, 3 MESES, 26 DIAS Telefone: (86) 9951-66648

Civil: CASADO(A)

CEP: 64280-000

Endereço: RUA LUIZ LONGA, 7 -

Bairro: PARQUE ESTRELA

Cidade: CAMPO MAIOR/PI

IDM: 2202208 Cor: PARDA Mãe: FRANCISCA RIBEIRO DE ARAUJO SOUZA

Pai: JOSE VIEIRA DA SOUZA

Clínica: ACOlhIMENTO

Documento: 6499 - LUCAS GARIBALD DE DEUS SOUSA

Responsável: FRANCISCO RIBEIRO NETO - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

25/04/2017 23:26 0301060118 ACOlhIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: QUEDA DE MOTO

Exame clínico/físico:

Diagnóstico provável:

Medicação:

Interconsulta

Dr. Lucas Garibaldi de Deus Sousa

MÉDICO
CRM 6499

Comprovação de ato declaratório



Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

26 JUL 2017

Francisco Ribeiro Neto

Responsável: FRANCISCO RIBEIRO NETO

6499 - LUCAS GARIBALD DE DEUS SOUSA

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: 12/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIEGO JUNIOR DA SILVA SOUZA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02035-4

CONTA: 000000062914-6

Nr. da Autenticação C2493DA394E5CDF7



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCISCO RIBEIRO NETORG nº 645.047-Pi, data de expedição 05/12/12, Órgão DETRAN-PI,CPF nº 342.207.123-72, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>AV. ALTO LONGA</u>
Número	<u>07.</u>
Apto / Complemento	<u>CASA.</u>
Bairro	<u>CIDADE NOVA.</u>
Cidade	<u>CAMPO MAIOR</u>
Estado	<u>PIAUI</u>
CEP	<u>64.280.000</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 994413502/999523722/981471002</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CAMPO MAIOR-PI, 17-07-17.Assinatura do Declarante: FRANCISCO RIBEIRO NETO

26 JUL 2017



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

USE O CÓDIGO

0659409-1

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 758 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.849.748/0001-99 (Av. Estadual: 15.301,383-5)
Nota Fiscal / Conta de Energia: Emissão - Série B-1
Registro Especial de Empresa autorizada pela SEFAZ UENPA

Nº da Nota Fiscal 000432255

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

CONTA MÊS VENCIMENTO 20/03/2017 93 60,90

ANTONIO JOSE DE M BRITO
AV ALTO LONGA 07 CID NOVA B-LIRIANO
CNPJ: 000000000000000000 IE: 645047

DADOS DA LEITURA	DADOS DA CONSUMIDORA
Atual:	Atual:
Anterior:	Anterior:
Constante de Multiplicação:	Próxima Leitura:
Consumo Medido:	Emissão:
Consumo Faturado:	Apresentação:

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pst.	Média 12 meses

Mês/ano consumo	Consumo	Valor
FEV/17	122	
JAN/17	109	
DEZ/16	140	
NOV/16	127	
OUT/16	105	
SET/16	135	
AGO/16	110	
JUL/16	124	
JUN/16	141	
MAI/16	128	
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
B A 93 - 0,584555		

DEBITOS JA REAVISADOS

DEBITOS JA REAVISADOS
Mes/Ano Valor R\$
01/2017 79,57
12/2016 99,76

A COBRANÇA DO SERVIÇO DE TERCEIRO INCLUIDA EM SUA FATURA PODE SER
CANCL. A QUALQUER TEMPO EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVAÇÃO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	ASSE. 25EC. 4C9C. CAG	4EAE. 112B. 4326. C6C6	
Energia:	15,20	Alíquota ICMS:	54,36
Transmissão:	18,64	Valor do ICMS:	20,00%
Energias:	2,24	Valor do PIS:	10,87
Tributos:		Valor do COFINS:	

26 JUL 2017

**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, 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 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu FRANCISCO HERNANDO DE SOUSA, portador(a) do RG nº 992656-PI, expedido por SSP. PI, em 23/10/87, CPF/CNPJ nº 374.113.813-49, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) FRANCISCO RIBEIRO NETO do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDES da vítima FRANCISCO RIBEIRO NETO, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusa Renda Mensal: R\$ Recusa 26 JUL 2017

Documentos comprobatórios: Recusa


ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, CORINTA VERAS RIBEIRO
 portador do RG: 745.438 - PI, data de expedição 11 / 02 / 2011
 órgão expedidor SSP / PI, CPF: 827.349.333-49
 com domicílio na cidade de CAMPO MAIOR, no estado de PI
 onde resido na AV. MTO LONGA
 número 07, complemento B. CIDADE NOVA.
 DECLARO, sob as penas da Lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na
 data do acidente ocorrido com a vítima, FRANCISCO RIBEIRO NETO
 cujo condutor era FRANCISCO RIBEIRO NETO
 VEÍCULO: MOTOCICLETA.
 ANO: 2013 / 2013
 MODELO: HONDA / Biz 125 ES
 PLACAS: OUC - 1645
 CHASSI: 9C2JC4820DR 077534
 DATA DO ACIDENTE: 25, 04, 2017

Campo maior - PI, 04.07.2017.

Local e Data

26 JUL 2017

Cartório Único
Campo Maior-PI

Corinta Veras Ribeiro

Assinatura do Declarante Proprietário
 RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
 POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA

Assinatura do Condutor (caso seja um tercelro)
 RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
 POR AUTENTICIDADE ou VERDADEIRA



CARTÓRIO ÚNICO DE CAMPO MAIOR-PI
 Av. José Paulo, 804 - Centro - Campo Maior-PI - CEP: 64200-000
 Fone: (86) 3252-1700 - E-mail: cartoriounico@cartorio.com
 João Tereza Nunes de Sousa - Tabelião Inscrito

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: CORINTA VERAS
 RIBEIRO. DOU PE. EM TEST. DA VERDADE. CAMPO
 MAIOR-PI, 04/07/2017. Emissão: 0,25 Selos: 0,25
 Total: 4,57 Selos: 110 (R\$ 110,00)

MARIA THAYANA ALVES (T) ESCRIVENTE AUTORIZADO(A)



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

INTERNO

END: LUIZ CAMPO MAIOR/PI - 64280-000

CEP: 86553564000642

(86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

REGISTRO

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: P0109053

Data: 25/04/2017

Funcionario: M. HELENA

Registro: 52628

Hora: 23:26:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

SUS

Senha

7

FRANCISCO RIBEIRO NETO

Nascimento: 30/01/1964

Idade: 53 ANOS, 3 MESES, 26 DIAS Telefone: (86) 9951-66648

Civil: CASADO(A)

CEP: 64280-000

End: ALTO LONGA, 7

Bairro: PARQUE ESTRELA

Cidade: CAMPO MAIOR/PI

Telefone: 2202208

Cor: PARDA

Mãe: FRANCISCA RIBEIRO DE ARAUJO SOUZA

Pai: JOSE VIEIRA DA SOUZA

Clinica: ACOlhIMENTO

Documento: 6499 - LUCAS GARIBALD DE DEUS SOUSA

Responsavel: FRANCISCO RIBEIRO NETO - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

25/04/2017 23:26 0301060118 ACOlhIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO

☐ Vermelho - Emergência

☐ Laranja - Muito Urgente

☐ Amarelo - Urgente

☐ Verde - Pouco Urgente

☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: QUEDA DE MOTO

Exame clinico/fisico:

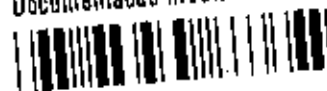
Diagnostico provavel:

Medicacao:

Dr. Lucas Garibald de Deus Sousa

MÉDICO
CRM 6499

Documentacao medico - hospitalar



Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

26 JUL 2017

Francisco Ribeiro Neto

Responsavel: FRANCISCO RIBEIRO NETO

6499 - LUCAS GARIBALD DE DEUS SOUSA

**AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Nº 2217100489769**

1ª Via

Órgão Emissor : M220220001 SMS DE CAMPO MAIOR
Estabelecimento Solicitante : 2777754 HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
Estabelecimento Executante : 2777754 HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

Paciente
Nome : FRANCISCO RIBEIRO NETO **Prontuário :**
Sexo: MASCULINO **Nascimento:** 30/01/1964 **CNS :** **CPF :**
Nome da Mãe: FRANCISCA RIBEIRO DE ARAUJO SOUSA
Município : 2202208 CAMPO MAIOR **CEP :** 64280000
Raça / Cor: 99-SEM **Responsável:**

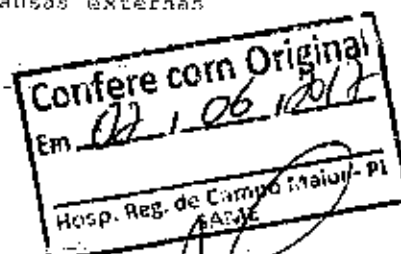
Solicitação / Autorização
CPF Solicitante: 02372562312 LUCAS GARIBALD DE DEUS SOUSA
Procedimento Solicitado : 0308030028
TRATAMENTO DE EFEITOS DE OUTRAS CAUSAS EXTERNAS
Procedimento Autorizado : 0308030028
TRATAMENTO DE EFEITOS DE OUTRAS CAUSAS EXTERNAS
CID : T758 Outros efeitos especificados de causas externas
Nº Laudo: **Nº Prontuário:**

Data : 25/04/2017 **Autorizador:**

CPF : 09114351315 ANTONIO AUGUSTO DA P. FILHO

CNS : 170244261420002

Assinatura e carimbo (Nº do registro do conselho de classe) ;



José Augusto Alves F
SANS - Hosp. Reg. Campo Maior
Matrícula 158459-6 2ª Via

**AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Nº 2217100489769**

Órgão Emissor : M220220001 SMS DE CAMPO MAIOR
Estabelecimento Solicitante : 2777754 HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
Estabelecimento Executante : 2777754 HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

Paciente
Nome : FRANCISCO RIBEIRO NETO **Prontuário :**
Sexo: MASCULINO **Nascimento:** 30/01/1964 **CNS :** **CPF :**
Nome da Mãe: FRANCISCA RIBEIRO DE ARAUJO SOUSA
Município : 2202208 CAMPO MAIOR **CEP :** 64280000
Raça / Cor: 99-SEM INFORMAÇÃO **Responsável:**

Solicitação / Autorização
CPF Solicitante: 02372562312 LUCAS GARIBALD DE DEUS SOUSA
Procedimento Solicitado : 0308030028
TRATAMENTO DE EFEITOS DE OUTRAS CAUSAS EXTERNAS
Procedimento Autorizado : 0308030028
TRATAMENTO DE EFEITOS DE OUTRAS CAUSAS EXTERNAS
CID : T758 Outros efeitos especificados de causas externas
Nº Laudo: **Nº Prontuário:**

Data : 25/04/2017 **Autorizador:**

CPF : 09114351315 ANTONIO AUGUSTO DA P. FILHO

CNS : 170244261420002

Assinatura e carimbo (Nº do registro do conselho de classe) ;

26 JUL 2017

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
2 - CNES
2777754
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
4 - CNES
2777754

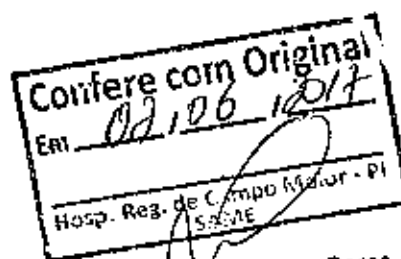
Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
FRANCISCO RIBEIRO NETO
6 - Nº DO PRONTUÁRIO
52626
7 - DATA DE NASCIMENTO
30/01/1964
8 - SEXO
Masculino X 1 Feminino 2
9 - TELEFONE DE CONTATO
(86) 9951-66648
10 - NOME DA MÃE
FRANCISCA RIBEIRO DE ARAUJO SOUZA
11 - ENDEREÇO
RUA DO LONGA, 7 - PARQUE ESTRELA
12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
CAMPO MAIOR
13 - Cód. JGE MUNICÍPIO
2202208
14 - UF
PI
15 - CEP
64280-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Não em tratamento médico



2 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Fratura de fêmur

3 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame X de fêmur

4 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL 22 - CID SECUNDÁRIO 23 - CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura acromioclavicular direita

T017

PROCEDIMENTO SOLICITADO

5 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

6 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 28 - DOCUMENTO 29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
Cirurgia Geral URGÊNCIA () CNS (X) CPF
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)
LUCAS GABRIEL DE DEUS SOUSA 25/04/2017
26 JUL 2017

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - CNPJ DA SEGURADORA 34 - Nº DO BILHETE 35 - Nº DO
36 - ACIDENTE DE TRANSITO 37 - ACIDENTE TRAB. TÍPICO 38 - CNPJ EMPRESA 39 - CNAE EMPRESA 40 - OUTRO
41 - ACIDENTE TRAB. TRAJETO
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
43 - EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 45 - Cód. ORGÃO EMISSOR 46 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP
JOSE LAURINDO DA SILVA E220000002
47 - DOCUMENTO 48 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
008 811.473-20
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 50 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Francisco Ribeiro Neto

Identificação:	106482
Data:	25/04/2017
Hora:	23:48

HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
CONTORNO, 1026
CAMPO MAIOR/PI

Nº AT
M. H. B. E. N. A.

BOLETIM DE ADMISSÃO

52628 - FRANCISCO RIBEIRO NETO

ASADO(A) - Sexo: **MASCULINO** - 30/01/1964 - 53 ANOS, 3 MESES, 26 DIAS

Clínica: CIRURGIA GERAL Enfermaria: CC04- CLINICA CIRURGICA - Leito: CC0406 Convênio: SUS

Residência: Médico: **6499 - LUCAS GARIBALD DE DEUS SOUSA**

RG: 645047

C/N:

SIS Prenatal:

Município: ALTO LONGA, Nº 7 - CEP: 64280-000

Bairro: PARQUE ESTRELA

Cidade: 2202208- CAMPO MAIOR/PI

Profissão: MOTOTAXISTA

Telefone: () -

Nome: VIEIRA DA SOUZA

Mãe: FRANCISCA RIBEIRO DE ARAUJO SOUZA

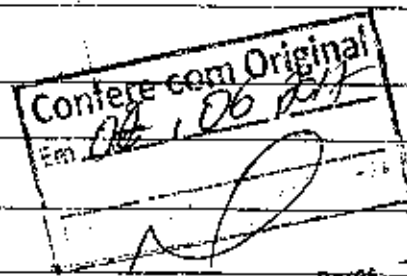
Assinatura: FRANCISCO RIBEIRO NETO - () -- O MESMO

Exatidão inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Assinatura Definitiva:

História Clínica

Paciente com queixa de dor abdominal
aguda.



José Augusto Alves Peres
SANE - Hosp. Reg. Campo Maior - PI
Matrícula 158459-6

26 JUL 2017

Diagnóstico Provável

Infarto agudo do miocárdio

LUCAS GARIBALD DE DEUS SOUSA



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CONTORNO
SAO LUIZ - CAMPO MAIOR/PI
(86) 3252-4546

Resumo de Alta / Transferência

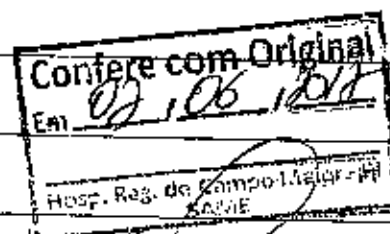
06482 - FRANCISCO RIBEIRO NETO

Reg. 25/04/2017 Leito: CC0406

RESUMO CLÍNICO

Exatidão / Intercorrências / Medicamentos relevantes:

Paciente com queixa de dor abdominal aguda em
hipocôndrio direito. Condição. Alta hospitalar e medicação
e medicação de uso oral.



José Augusto Alves Peres
SAME - Hosp. Reg. Campo Maior - PI
Matrícula 158459-6

Diagnóstico principal: Fratura de costela (D)

Diagnósticos Secundários:

26 JUL 2017

Condições de Alta / Transferência

☐ Parado ☒ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito

Destino: ☐ Residência ☐ Atendimento domiciliar ☐ Transferência para:

Observação:

Dr. Leônidas Soares
CRM/PI 10111 - 09/11/2002
CRM/PI 10111 - 09/11/2002

Médico

CRM/Carimbo



Confere com Original
Em 02/02/2012
26 JUL 2012

Piauí
GOVERNO DO ESTADO



Gratias Plaisance (86) 322-8005 - TMC.PI

[illegible]

Fone: (86) 3252-1372 - Fax: (86) 3252-4546
CEP: 84.280-000 - Campo Maior - PI
CNPJ: 06.551.564/0005-42

26 JUL 2017

NOME:

EVOLUÇÕES MULTIPROFISSIONAIS

ENFERMARIA:

LEITO:

DATA / HORA

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO DE MEDICAÇÃO

Confere com Original
Em 26/06/2017
Hosp. Reg. de Campo Maior - PI
SAÚDE

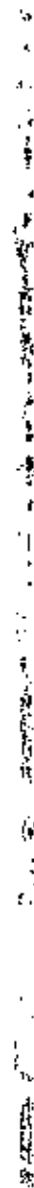
José Augusto Alves Peres
SAÚDE - Hosp. Reg. Campo Maior - PI
Matrícula 158459-6

Piauí
GOVERNO DO ESTADO



Secretaria Estadual de Saúde
Hospital Regional de Campo Maior
Av. do Contorno S/N - Bairro São Luís

Fone: (86) 3252-1372 • Fax: (86) 3252-4546
CEP: 64.280-000 - Campo Maior - PI
CNPJ: 06.553.584/0006-42



12-11

Fone: (86) 3252-1372 - Fax: (86) 3252-4546
CEP: 54.240-000, Campo Maior - PI
CNPJ: 05.553.564/0006-42

ANOTAÇÃO/EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

106482 - FRANCISCO RIBEIRO NETO

Data da internação: 25/04/2017 - 23:48:00 Sexo: M Idade: 53 ANOS, 3 MESES, 26 DIAS

Responsável: FRANCISCO RIBEIRO NETO

Clinica: CIRURGIA GERAL Leito: CC0406

27/04/2017

Técnico(a)

Assinatura

11:18	PCT 3º DIH POR FRATURA DE CLAVÍCULA D. CONSCIENTE ORIENTADO FÍSICO. DEAMBULANDO, EUPNEICO, SSV ESTÁVEIS, ACEITANDO DIETA OFERECIDA, SONO PRESERVADO, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES, HIGIENIZADO S/AVP, SQUEIXAS DE ALGIA	MICHELLE	
-------	---	----------	--

Confere com Original
Em 05/05/2017
José Augusto Alves Peres
SAME - Hosp. Reg. Campo Maior - PI
Matricula 158459-6

EVOLUÇÕES MULTIPROFISSIONAIS



Piauí
GOVERNO DO ESTADO

JOSE AUGUSTO ALVES PERES
SAE - Hosp. Reg. Campo Maior - PI
Matrícula 158459-6

Confere com Original
21.06.2017

NOME:	FELICIANO	
ENFERMARIA:	64	
LEITO:	64	
DATA / HORA	EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO
24/04/17	24-04-2017 - 08:00 - 09:00	
	24-04-2017 - 09:00 - 10:00	
	24-04-2017 - 10:00 - 11:00	
	24-04-2017 - 11:00 - 12:00	
	24-04-2017 - 12:00 - 13:00	
	24-04-2017 - 13:00 - 14:00	
	24-04-2017 - 14:00 - 15:00	
	24-04-2017 - 15:00 - 16:00	
	24-04-2017 - 16:00 - 17:00	
	24-04-2017 - 17:00 - 18:00	
	24-04-2017 - 18:00 - 19:00	
	24-04-2017 - 19:00 - 20:00	
	24-04-2017 - 20:00 - 21:00	
	24-04-2017 - 21:00 - 22:00	
	24-04-2017 - 22:00 - 23:00	
	24-04-2017 - 23:00 - 00:00	

26 JUL 2017



HOSPITAL REGICHA DE CAMPO MAIOR

Piauí
GOVERNO DO ESTADO

EVOLUÇÕES MULTIPROFISSIONAIS

ENFERMARIA:	LEITO:	EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO
NOME: <u>Franuza R. Neto</u>		1. <u>Diagnóstico: Hipertensão</u> 2. <u>Exame físico: PA 140/90</u> 3. <u>Tratamento: 1 comprimido de 50mg</u> 4. <u>Medicação: 1 comprimido de 50mg</u>	1. <u>08h</u> 2. <u>12h</u> 3. <u>16h</u> 4. <u>20h</u>

Secretaria Estadual de Saúde
Hospital Regional de Campo Maior
Av. do Contorno S/N - Bairro São Luís

Fone: (06) 3252-1372 • Fax: (06) 3252-4546
CEP: 64.280-000 • Campo Maior - PI
CNPJ: 06.553.564/0006-42

26 JUL 2017

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO: Francisco Ribeiro Neto ENF: CCM LEITO:

Sexo: M (X) F () Idade: 55 Estado Civil: Solteiro () Casado / União Estável ()
Viúvo () Separado ()

2. PROCEDÊNCIA: Deste Município () Outros:
Deambulando (X) Cadeira de rodas () Maca () Sozinho () Acompanhado () SAMU ()

3. MOTIVO DA INTERNAÇÃO: Clínico () Cirúrgico (X) Obstétrico ()

Se obstétrico: DUM: IG: G: P: A:

Queixa principal:

4. HISTÓRICO PATOLÓGICO ANTERIOR:

Hipertensão () Diabetes () tabagismo () Etilismo () Doença cardíaca
Doença renal () Alergias () Outros ()

5. HISTÓRIA PATOLÓGICA ATUAL:

Nível de consciência: Lúcido (X) Confuso () Coma superficial () Coma profundo ()

Estado emocional: Agitado () Tranquilo () Tenso () Deprimido ()

Pele: Normocorada () Hipocorada () Cianose () Sudorréica ()
Hidratada () Desidratada () Hiperemia () Local:

Integridade da pele: Sim (X) Não () Obs:

Rede venosa: Visível () Não visível ()

Edemas: Ausência (X) Presença () Local: Generalizado ()

SISTEMA RESPIRATÓRIO: Eupnéico () Bradpnéico () Taquipnéico () Dispneico ()

Tosse seca () Tosse produtiva () Hemoptise () Dor torácica () Epistaxe ()

Outros:

SISTEMA DIGESTIVO: Anorexia () Pirose () Disfagia () Náuseas () Vômitos () Hematêmese ()

Dor abdominal () Dor epigástrica ()

Alimentação: Oral (X) Por SNG () Aceita normal () Aceita parcial () Não aceita ()

Hábito intestinal: Frequência diária () Diarréia () Constipado () Última evacuação:

SISTEMA URINÁRIO: Padrão urinário: Normal () Por SVD () Poliúria () Polaciúria () Oligúria () Hematúria ()

Incontinência () Disúria () Anúria () Aspecto: Claro () Truço ()

Sono e repouso: Preservados () Insatisfatórios ()

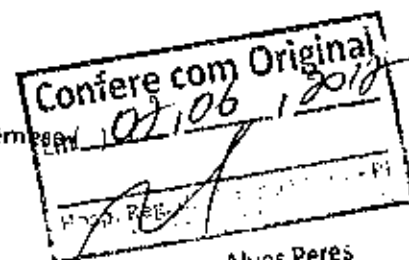
Outras queixas: Febre () Dor () Local: Outras:

SSVV: Tax°C: P: R: PA:

Medicações de uso regular: Não () Sim () Quais:

Diagnóstico de Enfermagem:

Data: 16/04/17 Enfermeiro:



José Augusto Alves Peres
SAMT - Hosp. Reg. Campo Maior - PI
Matrícula 158459-6

26 JUL 2017

Jana Pereira da Silva
Enf.ª - FOMEIRA
CRM-Pi 152.575

Controle de Acompanhante

Paciente: Stanley Pereira Neto

Enfermaria Nº: _____ Leito Nº: _____

Acompanhante:

1. <u>ST Acompanhante</u>	Data: <u>11/06/17</u>
2. _____	Data: ____/____/____
3. _____	Data: ____/____/____
4. _____	Data: ____/____/____
5. _____	Data: ____/____/____
6. _____	Data: ____/____/____
7. _____	Data: ____/____/____
8. _____	Data: ____/____/____
9. _____	Data: ____/____/____
10. _____	Data: ____/____/____
11. _____	Data: ____/____/____
12. _____	Data: ____/____/____
13. _____	Data: ____/____/____
14. _____	Data: ____/____/____
15. _____	Data: ____/____/____
16. _____	Data: ____/____/____
17. _____	Data: ____/____/____
18. _____	Data: ____/____/____
19. _____	Data: ____/____/____
20. _____	Data: ____/____/____
21. _____	Data: ____/____/____
22. _____	Data: ____/____/____
23. _____	Data: ____/____/____
24. _____	Data: ____/____/____
25. _____	Data: ____/____/____

Confere com Original
Em 02.06.2017
Hosp. Reg. de Campo Maior - PI
SANE

José Augusto Alves Peres
SANE - Hosp. Reg. Campo Maior - PI
Matrícula 158459-6

26 JUL 2017

REQUISIÇÃO DE PARECER

UNICA: Cirurgia ENFERMARIA: 004 LEITO: 42
NOME DO PACIENTE: Francisco Ribeiro Neto IDADE: 50
PRONTO: _____ AO SERVIÇO: _____

MOTIVO DA CONSULTA

• Especificar os dados sobre os casos, deseje parecer e numerar: os principais sintomas do paciente)

Resistente a presentación fractura de columna. Signos de hipertensión, diabetes, u otros como el dolor. Ningún uso del medicamento. No es un caso consciente, estado de ánimo. Anestésico, sin signos físicos anormales o de dolor. Ningún tipo de diagnóstico.

TA 22 / 04 / 11 PROFESSIONAL REQUISITANTE:

PARECER

Confere com Original

Em 07.06.2017

[Assinatura]

Sup. Rep. P. de Apoio - PI

S. Siqueira

Mto Alves Pereira

José Augusto Alves Peres
 SAME - Hosp. Reg. Campo Maior - PI
 Matrícula 158459-6

26 JUL 2017

PROFESSIONAL:



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

CNPJ: 06553564000642

Telefone: (86) 3252-4546

CONTORNO, 1.026 - SAO LUIZ - CAMPO MAIOR/PI

Atendimento: E019127



INTERNAÇÃO

Coletado:

Data: 26/04/2017

Paciente: FRANCISCO RIBEIRO NETO
Médico(a): LUCAS GARIBALDO DE DEUS SOUSA
Convênio: SUS

Leito: CC0405 Enfermaria: CC04

Sexo: MASCULINO
Idade: 53 ANOS, 3 MESES, 25 DIAS
Impresso: 26/04/2017

HEMOGRAMA

Materiais:

Método:

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS

5,20 milhões/mm³

4,3 a 6,0 milhões/mm³

HEMOGLOBINA

14,9 g%

12,0 a 17,5 g%

HEMATÓCRITO

45 %

38 a 52 %

VCM

86,54 f³

82 a 92 f³

HCM

28,65 pg

27 a 33 pg

CHCM

33,11 %

32 a 36 %

OBSERVAÇÕES

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS

11.600 /mm³

5.000 a 10.000 /mm³

NEUTRÓFILOS

0 %

0

MONÓCITOS

0 %

0

BASTONETES

1 %

0

E PLACENTADOS

80 %

0

BASÓFILOS

0 %

0

EOSINÓFILOS

2 %

0

LINFÓCITOS

15 %

0

LINFÓCITOS ATÍPICOS

0 %

0

MONÓCITOS

2 %

0

CONTAGEM GERAL

100,00

2 a 8 % 200 a 300 /mm³

100%

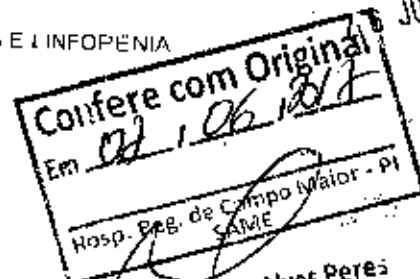
PLAQUETAS

/mm³

150.000 a 400.000 /fL

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÃO GERAL: NORMOCROMIA COM NORMOCITOSE, LEUCOCITOSE COM NEUTROFILIA E LINFOPENIA



José Augusto Alves Peres
SAME - Hosp. Reg. Campo Maior - PI
Matrícula 158459-6

JUL 2017

HOSPITAL REGIONAL DE CAM MAIOR

CNPJ: 06553564000642

Telefone: (86) 3252-4546

CONTORNO, 1.026 - SAO LUIZ - CAMPO MAIOR/PI

Atendimento: E019127



INTERNADO

Coletado:

Data: 26/04/2017

Paciente: FRANCISCO RIBEIRO NETO

Sexo: MASCULINO

Mãe: LUCAS GARIBALDO DE DEUS SOUSA

Idade: 53 ANOS, 3 MESES, 26 DIAS

Convênio: SUS

Leito: CC0406 Enfermaria: CC04

Impresso: 26/04/2017

CREATININA

Material: SORO

Método: ENZIMÁTICO

RESULTADO

1,1 mg/dl

SORO: 0,5 A 1,5 mg/dl

OBSERVAÇÃO GERAL:

GLICOSE

Material: SORO

Método: ENZIMÁTICO

RESULTADO

97 mg/dl

70 A 99 mg/dl

OBSERVAÇÃO GERAL:

TEMPO DE COAGULACAO (TC)

Material:

Método: LEE-WHITE

RESULTADO

8'00"

ATÉ 10 MIN

OBSERVAÇÃO GERAL:

TEMPO DE SANGRAMENTO (TS)

Material:

Método: IVY E MIELKE OU DUKE

RESULTADO

1'30"

ATÉ 3 MIN

OBSERVAÇÃO GERAL:

UREIA

Material: SORO

Método: ENZIMÁTICO

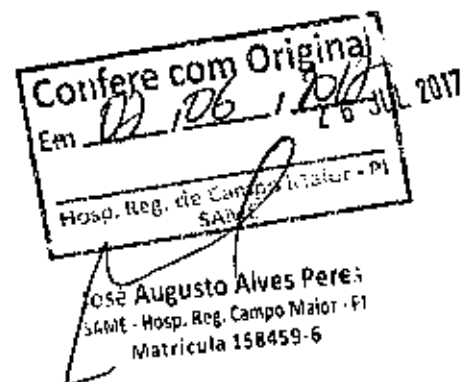
RESULTADO

26 mg/dl

15 A 40

OBSERVAÇÃO GERAL:

26 JUL 2017



7/24/2017 10:05

1607

Exame de ECG

26 JUL 2017

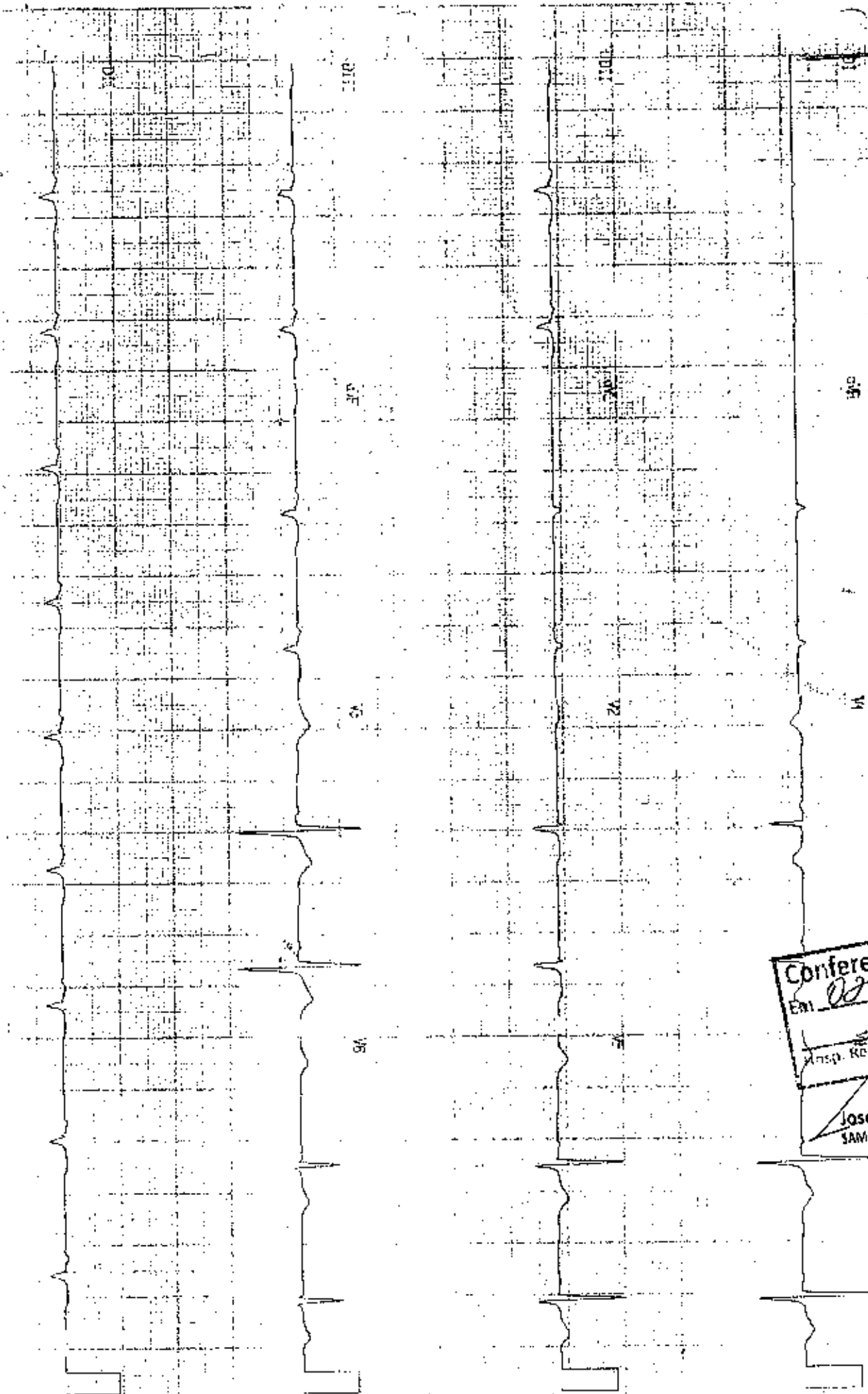
Confere com Original
Em 02/06/17
Assp. Reg. de Campo Maior - PI
S.A.M.E.
José Augusto Alves Peres
S.A.M.E. - Hosp. Reg. Campo Maior - PI
Matrícula 158459-6

10 mm

25.0 mm/s

N

F: 50+ 0.5 - 25 Hz





HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR

52.017
U



Nome do Paciente: Francisco Ribeiro Neto

Data do Nascimento: 30/01/64

Data do Registro: 25/04/17

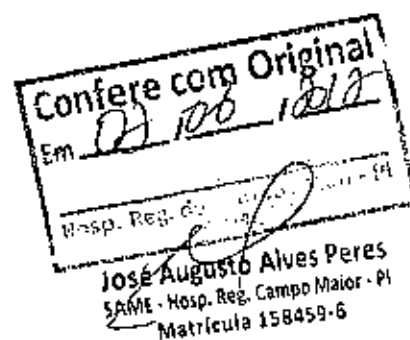
Médico(a): Lucas Garibald

RAIO X DO TÓRAX

Transparência pulmonar normal.
Seios costofrênicos livres.
Alongamento aórtico

Dr. José Luiz da Paz
Radiologista
CRM: 0367 / CPF: 030.027.993-00

26 JUL 2017





HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR



Nome do Paciente: Francisco Ribeiro Neto

Data do Nascimento: 53 anos

Data do Registro: 26/05/17

Médico(a): Leocadio Soares

RAIO X DO OMBRO DIREITO

Luxação acrômio - clavicular


Dr. José Luiz da Paz
Radiologista
CRM: 0367 / CPF: 030.027.993 - 00

26 JUL 2017

