



Número: **0800419-03.2020.8.18.0036**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Altos**

Última distribuição : **26/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.555,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR (AUTOR)	ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
92631 03	15/04/2020 12:36	Despacho	Despacho
91014 51	02/04/2020 14:34	Certidão	Certidão
89869 54	26/03/2020 01:39	Petição	Petição
89869 55	26/03/2020 01:39	INICIAL	Petição
89869 56	26/03/2020 01:39	PROCURAÇÃO E DECLARAÇÃO	Procuração
89869 59	26/03/2020 01:39	RG, CPF, END, PEDIDO SEGURO E CERTIDÃO ACIDENTE	Documentos
89869 57	26/03/2020 01:39	COMP PAG	Documentos
89869 58	26/03/2020 01:39	PRONTUÁRIO MÉDICO E LAUDOS	Documentos
89852 66	26/03/2020 01:39	Petição Inicial	Petição Inicial
89852 67	26/03/2020 01:39	INICIAL	Petição
89852 68	26/03/2020 01:39	RG, CPF, END, PEDIDO SEGURO E CERTIDÃO ACIDENTE	Documentos
89852 69	26/03/2020 01:39	COMP PAG	Documentos
89852 70	26/03/2020 01:39	PRONTUÁRIO MÉDICO E LAUDOS	Documentos
89869 52	26/03/2020 01:39	PROCURAÇÃO E DECLARAÇÃO	Procuração

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
Vara Única da Comarca de Altos DA COMARCA DE ALTOS
Avenida Francisco Raulino, 2038, Centro, ALTOS - PI - CEP: 64290-000

PROCESSO Nº: 0800419-03.2020.8.18.0036
CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
ASSUNTO(S): [Seguro]
AUTOR: FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR

Nome: FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR
Endereço: LOCALIDADE RETIRO, S/N, ZONA RURAL, BENEDITINOS - PI - CEP: 64380-000

REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.
Endereço: Rua Senador Dantas, 75, 5 ANDAR, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

MANDADO

Em cumprimento ao DESPACHO-CARTA(Provimento CGJ nº38/2014) abaixo fica a REU:
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.
ciente do conteúdo abaixo:

DESPACHO-CARTA

1. Defiro a gratuidade.
2. Cite-se o réu para contestar a ação no prazo de 15 dias, sob pena de revelia e confissão.
- 3. DETERMINO QUE O PRESENTE DOCUMENTO SIRVA, AO MESMO TEMPO, COMO
DESPACHO E COMO MANDADO/CARTA, PARA CUMPRIMENTO PELOS CORREIOS
MEDIANTE CARTA ARMP.**

ALTOS-PI, 15 de abril de 2020.

Juiz(a) de Direito da Vara Única da Comarca de Altos da Comarca de ALTOS



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
GABINETE DA Vara Única da Comarca de Altos DA COMARCA DE ALTOS
Avenida Francisco Raulino, 2038, Centro, ALTOS - PI - CEP: 64290-000

PROCESSO Nº: 0800419-03.2020.8.18.0036

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S): [Seguro]

AUTOR: FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR

REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Certidão de Triagem

Certifico que, nesta data, realizei a triagem e constatei a regularidade da representação e do pedido dos benefícios da GRATUIDADE DE JUSTIÇA, motivo pelo qual faço sua conclusão para despacho inicial.

ALTOS-PI, 2 de abril de 2020.

GUSTAVO DOS SANTOS MONTEIRO
Secretaria da Vara Única da Comarca de Altos



INICIAL ANEXA.



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 26/03/2020 01:39:04
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032601390353400000008579146>
Número do documento: 20032601390353400000008579146

Num. 8986954 - Pág. 1



FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR, brasileiro, casado, mecânico, RG nº 41.785.249-6 SSP-PI, CPF Nº 342.754.518-05, sem endereço eletrônico, residente e domiciliado na Localidade Retiro, S/N, Bairro: Zona Rural, CEP: 64.380-000, Beneditinos-PI, por seu advogado constituído nos termos do incluso instrumento de mandato (doc. 01) e ao final assinado, com escritório profissional na Rua Eliseu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI, CEP: 64000-120, vem respeitosamente à honrosa presença de Vossa Excelência, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DE SEGURO DPVAT

em face de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, Pessoa Jurídica de Direito Privado, CNPJ. 09.248.608/0001-04, com sede na Rua Senador Dantas, 75, 5º andar, Centro Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20.031-205, pelos motivos de fato e de direito que abaixo expõe:



Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI – CEP 64000-120
telefones: (86) 994643330/ 994523253
E-mail: alexanderamonadvocacia@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 26/03/2020 01:39:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032601390365800000008579147>
Número do documento: 20032601390365800000008579147

Num. 8986955 - Pág. 1



ALEXANDRE RAMON

ADVOCACIA ESPECIALIZADA

1 – PRELIMINARMENTE

1.1 - Benefícios da justiça gratuita (CPC, art. 98, caput)

A parte requerente é pobre e não tem condições de arcar com as despesas do processo, uma vez que são insuficientes seus recursos financeiros para pagar todas as despesas processuais, conforme declaração em anexo.

Destarte, o Demandante ora formula pleito de gratuidade da justiça, o que faz por seu patrono, sob a égide do art. 99, § 4º c/c 105, in fine, ambos do CPC.

1.2 - Quanto à audiência de conciliação (CPC, art. 319, inc. VII)

A parte Requerente opta pela não realização de audiência conciliatória (CPC, art. 319, inc. VII), razão qual requer de imediato a designação de perícia médica a fim de se provar a quantificação das lesões do requerente.

2 – DOS FATOS

No dia 15 de agosto de 2019 por volta das 19:30 horas, o requerente retornando para sua residência, trafegava pela estrada vicinal de acesso a Localidade Retiro, na motocicleta Honda/CG 160 FAN, de placa PIR-9458, quando ao se aproximar da Localidade Canto Escuro, um porco atravessou a estrada repentinamente, sendo impossível desviar-se, o requerente colidiu com o animal, sofrendo várias lesões, conforme apontam os laudos, sendo socorrido por populares, levado ao Hospital de Demerval Lobão, em seguida encaminhado ao HUT.



Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI – CEP 64000-120

telefones: (86) 994643330/ 994523253

E-mail: alexandreramonadvocacia@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 26/03/2020 01:39:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032601390365800000008579147>
Número do documento: 20032601390365800000008579147

Num. 8986955 - Pág. 2



ALEXANDRE RAMON

ADVOCACIA ESPECIALIZADA

Em decorrência do mencionado acidente, teve vários traumas físicos que são facilmente comprovados pelos documentos acostados aos autos, estando permanentemente inválido.

O requerente optou pela via administrativa e pleiteou o pagamento do seguro pela seguradora requerida, mas esta somente pagou o valor R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais), uma vez que o laudo do HUT atesta que houve sequela permanente, razão pela qual vem a este juízo pleitear o pagamento valores que lhe são devidos.

Haja vista que o Laudo do HUT atesta:

- a) Fratura de 1º MTC da mão direita;
- b) Fraturas múltiplas de ossos metacarpianos;

Assim, estando o requerente inválido, o pagamento do seguro é medida que se impõe.

3 – DO DIREITO

3.1 – Da Legislação

Na legislação, temos os seguintes artigos que amparam o direito do Requerente:

"Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e



Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI – CEP 64000-120
telefones: (86) 994643330/ 994523253
E-mail: alexandreramonadvocacia@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 26/03/2020 01:39:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032601390365800000008579147>
Número do documento: 20032601390365800000008579147

Num. 8986955 - Pág. 3



ALEXANDRE RAMON

ADVOCACIA ESPECIALIZADA

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

Art. 5º, da lei 6.194/74:

"O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia da responsabilidade do segurado.

§ 1º A indenização referida nesse artigo será paga com base no valor da época da liquidação do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de quinze dias da entrega dos seguintes documentos:

b. prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente - no caso de danos pessoais.

§ 2º Os documentos referidos no § 1º serão entregues à sociedade seguradora, mediante recibo, que os especificará".

Na jurisprudência, o sentido não é diferente:

"Acidente de trânsito - DPVAT - Veículo não identificado – Responsabilidade Ação de cobrança - Seguro obrigatório - DPVAT - Pagamento do prêmio - Comprovação - Desnecessidade - Documentos necessários - Seguro obrigatório. Veículo não identificado. Acidente anterior à modificação da Lei nº 6.194/74 pela Lei nº 8.441/92. Responsabilidade de qualquer seguradora - Fixação em salário mínimo - Possibilidade - Não revogação do art 3º da Lei nº 6.194/74, recepcionada pela Carta da República - Sentença que condena seguradora a pagar a indenização - Validade - Cobrança procedente - Recurso não provido. Qualquer



Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI – CEP 64000-120

telefones: (86) 994643330/ 994523253

E-mail: alexandreramonadvocacia@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 26/03/2020 01:39:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032601390365800000008579147>
Número do documento: 20032601390365800000008579147

Num. 8986955 - Pág. 4



ALEXANDRE RAMON

ADVOCACIA ESPECIALIZADA

seguradora responde pelo pagamento da indenização em virtude do seguro obrigatório, pouco importando que o veículo esteja a descoberto, eis que a responsabilidade em tal caso decorre do próprio sistema legal de proteção, ainda que esteja o veículo identificado tanto que a lei comanda que a seguradora que comprovar o pagamento da indenização pode haver do responsável o que efetivamente pagou. Norma que visa proteger o segurado ou beneficiário hipossuficiente na relação contratual, o valor devido é aquele previsto no art. 3º, da Lei nº 6.194/74, que não foi revogada pela Lei nº 6.205/75 e Lei nº 6.243/77, sendo a lei ordinária primitiva recepcionada pela Constituição Federal de 1988. A fixação da indenização em salários mínimos não constitui violação à norma constitucional, haja vista que não pode ser interpretado como fator de correção e sim base do quantum a ser indenizado. A indenização devida à pessoa vitimada decorrente do chamado Seguro Obrigatório de Danos Pessoais por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), se não identificado o veículo pode ser cobrado de qualquer seguradora que opere no complexo, mesmo tendo ocorrido a modificação da Lei nº 6.194/74 pela Lei nº 8.441/92 e antes da formação do consórcio de seguradoras". (1ª Turma Recursal de Divinópolis - Rec. nº 223.04.140706-3 - Juiz José Maria dos Reis)."

Assim, em face o valor irrisório pago pela seguradora requerida, é que se requer a complementação do valor devido por ser medida de Justiça.

4 – DO PEDIDO

Por todo o exposto, tendo o Requerente demonstrado o dano, tem seu direito respaldado na legislação vigente, bem como na doutrina e na jurisprudência de nossos Egrégios Tribunais.



Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI – CEP 64000-120

telefones: (86) 994643330/ 994523253

E-mail: alexandreramonadvocacia@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 26/03/2020 01:39:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032601390365800000008579147>
Número do documento: 20032601390365800000008579147

Num. 8986955 - Pág. 5



ALEXANDRE RAMON
ADVOCACIA ESPECIALIZADA

Assim, requer a **citação da Requerida** na pessoa do seu representante legal, no endereço declinado na inicial, para que se quiser, apresente defesa, sob pena de revelia.

A parte Requerente opta pela não realização de audiência conciliatória (CPC, art. 319, inc. VII), razão qual requer de imediato a designação de perícia médica a fim de se provar a quantificação das lesões do requerente.

Requer que a presente demanda seja julgada **PROCEDENTE**, com a condenação da Requerida no pagamento do valor devido, ou seja, R\$ 12.555,00 (doze mil, quinhentos e cinquenta e cinco reais), atualizadas, com juros legais, mais custas judiciais e honorários de advogado na base de 20% sobre a condenação.

Requer provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidas, especialmente pelo depoimento pessoal do Requerido, juntada de documentos, oitiva de testemunhas, realização de perícia e demais provas necessárias.

Requer os benefícios da justiça gratuita, por ser o requerente pobre na forma da Lei e não ter condições de arcar com as custas e demais despesas processuais.

Dá-se a causa o valor de **R\$ 12.555,00 (doze mil, quinhentos e cinquenta e cinco reais)**.

Nestes termos,

Pede e espera deferimento.

Teresina-PI, 25 de março de 2020.

Alexandre Ramon de Freitas Melo

OAB/PI 5.795

Simone Sousa Marciel

Estagiária



Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI – CEP 64000-120
telefones: (86) 994643330/ 994523253
E-mail: alexandreramonadvocacia@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 26/03/2020 01:39:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032601390365800000008579147>
Número do documento: 20032601390365800000008579147

Num. 8986955 - Pág. 6


ALEXANDRE RAMON
ADVOCACIA ESPECIALIZADA
PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: <u>FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR</u>	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	FONES:
PROFISSÃO: MECÂNICO	ESTADO CIVIL: CASADO
RG: nº 41.785.249-6 SSP-PI	CPF: 342.754.518-05
ENDERECO: Localidade Retiro, S/N, Bairro: Zona Rural, CEP: 64.380-000, Beneditinos-PI.	
E-MAIL:	

OUTORGADOS: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO, brasileiro, advogado, casado, inscrito na OAB/PI nº 5795, com escritório profissional situado na Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro – Teresina – PI, CEP 64.000-120.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração nomeia e constitui seu bastante procurador e advogado devidamente qualificado acima, com a cláusula "**AD JUDICIA ET EXTRA**", para, agindo, representá-lo (a) perante repartições públicas e qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado, a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-la nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe também, poderes especiais para confessar, transigir, variar, desistir, **fazer acordos**, receber e dar quitações, requerer o que convier, firmar compromissos, assinar termos, receber citações, notificações, intimações e alvará judicial, representar o (a) outorgante em audiências, perante os juízos deprecante e deprecado e em qualquer instância, declarar situação de hipossuficiência financeira, a fim de obter gratuidade de justiça, podendo substabelecer o presente mandato com ou sem reservas de poderes, praticando, enfim, tudo o mais que se tornar necessário à defesa do (a) outorgante e ao bom e fiel cumprimento do presente mandato.

Teresina-PI, 25 de março de 2020.

OUTORGANTE: Francisco Liodoro da Silva Junior

Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI – CEP 64000-120
telefones: (86) 994643330/ 994523253
E-mail: alexandreramonadvocacia@hotmail.com



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

DECLARANTE: <u>FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR</u>	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	FONES:
PROFISSÃO: MECÂNICO	ESTADO CIVIL: CASADO
RG: nº 41.785.249-6 SSP-PI	CPF: 342.754.518-05
ENDEREÇO: Localidade Retiro, S/N, Bairro: Zona Rural, CEP: 64.380-000, Beneditinos-PI.	
E-MAIL:	

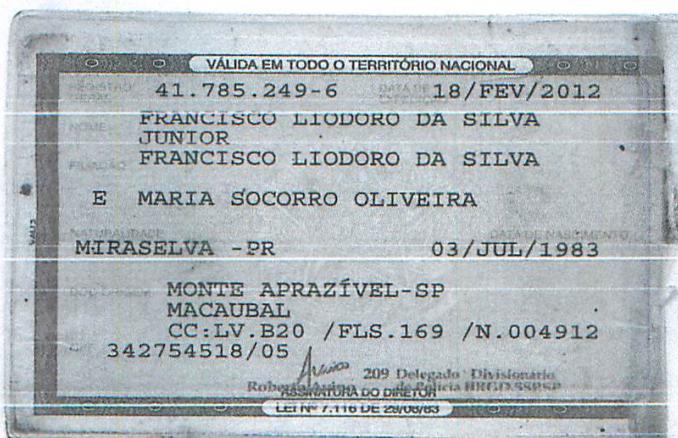
Eu, acima qualificado, declaro para os devidos fins, que sou pobre na forma da Lei, não tendo condições de arcar com despesas processuais e honorários de advogado, sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, que por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Teresina-PI, 25 de março de 2020.

Francisco Liodoro da Silva Junior

DECLARANTE





Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 26/03/2020 01:39:09
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032601390658100000008579151>
Número do documento: 20032601390658100000008579151

Num. 8986959 - Pág. 1

comunipaulista
SISTEMA DE GESTÃO
ENERGIA

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!! >>> **1623953-9**

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	20/11/2019	49	48,49

CONGREGAÇÃO CFISTA NO BRASIL
LC RETIRO S/N - B RURAL
CNPJ: 00.665.2911000180
CEP: 64.380-000 - BENEDITINOS

DADOS DA LEITURA

Atual:	1074	Atual:	13/11/2019
Anterior:	1025	Anterior:	14/10/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	13/12/2019
Consumo Médio:	49	Emissão:	12/11/2019
Consumo Faturado:	49	Apresentação:	13/11/2019
Fórmula de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A2035196	3.5.3.1	47	

HISTÓRICO 12M

Mês/ano consumo	CONSUMO	49 A R\$ 0,893497 = 43,78	4,71
OUT/19	44	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSTIP)	
SET/19	40	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,41	
AGO/19	39	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 0,88	
JUL/19	50		
JUN/19	45		
MAI/19	69		
ABR/19	56		
MAR/19	42		
FEV/19	46		
JAN/19	47		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 49 - 0,641875

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 080 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 12/11/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode pagar todas dentro do vencimento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por meio dos canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSTO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:		Base de Cálculo:	
Energia:	9,21	Alíquota ICMS:	43,78 34,14
Transmissão:	17,78	Valor do ICMS:	2,2,00%
Encargos:	3,00	Valor do PIS:	9,63
Tributos:	1,47	Valor do COFINS:	1,40% 0,48
12,3% INDICADORES DE CONTINUIDADE		6,49% 2,21	
ALTOS			
Limites	Mensal	FIC	DMIC
Realizado	6,87 13,74 27,48 3,99 7,98 15,96 3,97		
Conjunto	0,00 0,00 0,00	0,00	0,00
		Período de apuração:	09/2019 EUROS: 14,16

ROT: 110.053.10.82.344650

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
1623953-9	48,49

MÊS FATURADO **VENCIMENTO**

11/2019 **20/11/2019**

Nº da Nota Fiscal: **29929753** **-FCAM***

836000000000 7 48190017000 8 00000001623 8 95391119008 0

SEQ.: 00047 IUC: 1623953-9 DT.LEIT.: 13/11/2019 T.ENTR.: 09
LEITURA: 1074 NORMAL TOTAL: 48,49 CARGA: 002
DT.VENC.: 20/11/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 4031



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO AUTORIZADO

TESTEMUNHAS

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
34275455805 Francisco Líder da Silva Junior			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Francisco Líder da Silva Junior	34275455805		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Recurso	LC Petrópolis Benedictinos	510	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
B-Rural	Teresina	Piauí	64.380-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (86)99905-4014		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 1989	CONTA: 83622	(Informar o dígito se existir) 5
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	(Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)		
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.		

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34
Responda
apenas
se houver
representante
legal

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 19/11/2019

x Francisco Líder da Silva Junior

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

2020/02/2019





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA CIVIL JUDICIÁRIA
DELEGACIA GERAL DA PÓLICIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLICIA DO INTERIOR
DELEGACIA DE BENEDITINOS-PI



C E R T I D Ã O

DADOS DO REGISTRO

Responsável pelo Registro: Alexsandro Bezerra dos Santos (Agente de Polícia)	Delegacia de Beneditinos
Ocorrência nº 137/2019	Data do Registro: 10/10/2019
Natureza: ACIDENTE DE TRÂNSITO	Hora do Registro: 10:00hs

NOTICIANTE

Nome: **FRANCISCO LIODORO DA SILVA JÚNIOR**

Nacionalidade: **Brasileiro**

- Natural: **Miraselva/Pr**

Estado Civil: **Casado**

- CPF nº **342.754.518-05**

Profissão: **Mecânico**

- Doc. Ident. nº **41.785.249-6 spp/sp**

Nascido: **03.07.1983**

- Tel: **(86) 99527-4504**

Filiação: **Francisco Liodoro da Silva e Maria Socorro Oliveira**

End: **Localidade Retiro, zona rural de Beneditinos-Pi.**

HISTÓRICO

O NOTICIANTE (acima qualificado) Comunicou Que: sofreu um acidente automobilístico no dia 15.08.2019 por volta das 19:30 horas quando pilotava a motocicleta Honda/CG 160 FAN ESDI, placa PIR-9458, cor vermelha, ano/mod. 2016/2016, chassi nº 9C2KC2200GR510039, RENAVAM 1101854321, licenciada em nome de Antônio Marcos de Abreu Sousa; Que trafegava no veículo supra citado pela estrada vicinal que dá acesso a Localidade Retiro, que retornava para sua residência e nas proximidades da Localidade Canto Escuro um animal (porco) aravessou a estrada repentinamente, impossibilitando que o noticiante desvisasse do mesmo, o que acabou colidindo com o animal, sendo que, após bater no porco perdeu o controle da moto e acabou caindo, ocasionando a quebra do dedo polegar da mão direita e algumas escoriações no ombro e nos joelhos. Que foi socorrido pelo nacional Ernande Francisco de Sousa que o levou para a cidade de Demerval Lobão-Pi e de lá o noticiante foi para o Hospital do Promorar na cidade de Teresina-Pi. Que deu entrada no dia seguinte (16.08.19) no H.U.T. na cidade de Teresina-Pi onde passou por uma cirurgia no dedo polegar. Dada e passada na cidade de Beneditinos, Estado do Piauí, na Delegacia de Polícia, (10/10/2019). Eu,..... Agente de Polícia que registrei e digitei.

Noticiante/Vítima: Francisco Liodoro da Silva Júnior

Alessandro Bezerra dos Santos
Matrícula 130150-X



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 08 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190647216**

Vítima: FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 15/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000001989

Conta: 0000083622-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Pag. 00083/00084 - carta_15R - INVALIDEZ



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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 26/03/2020 01:39:11
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032601390844900000008579149>
Número do documento: 20032601390844900000008579149

Num. 8986957 - Pág. 1



NOME DO PACIENTE: Francisco Liodoro da Silva Júnior
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 519941

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".





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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



BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 16/08/2019 15:16:51

(User: LAO TSE)

(Estação: GESS002)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR		Prontuário: 519941
Mãe: MARIA SOCORRO OLIVEIRA	Pai: FRANCISCO LIODORO DA SILVA	
End.Resid.: KM 07, NUMERO 3285 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI - CEP: 64069-990		
Nascimento: 03/07/1983	Idade: 36a1m13d	Sexo: Masculino Fone: 86-99527-4504
Responsável: FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR	CNS: 898001261555122	
Profissão: MECANICO	CPF: * RG: 417852496 - SSP-PI	
G. Instrução: Fundamental Completo	E.Civil: Casado(a)	
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 736421	Data: 16/08/2019 15:04:34	Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
Mo	motivo da Procura: DOR MEMBROS SUPERIORES	Convênio:S US
Acid.Trab.: Não	Trajeto?: Não	Típico: Não
		CID Secundário:

DADOS CLÍNICOS:

TMVMS LM NHO CD

cr flx

Por + edema intº ① / Perfuro OK

PA X mmHg Pulso: FC: bpm Temp.:

Diagnóstico Inicial: Febre 1º Metácepus nro ① CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

DATA 16/08/19

ALTA:	() Melhorado	() Administrativa	() Retornar à Unid. Origem:
	() Curado	() Por Indisciplina	() Transferência:
	() Inalterado	() Por Evasão	DATA SAÍDA: / / HORA: :
	() A Pedido		
ÓBITO:	DESTINO:		() Internação na Unidade
	() Até 24 Hs	() Família	Proced. Solicitado:
	() De 24 a 48 Hs	() IML	CID Compatível: Prof. Solicitante Internação:
	() Após 48 Hs	() Anat. Patol.	

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 26/03/2020 01:39:14
http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032601391095700000008579150
Número do documento: 20032601391095700000008579150

Num. 8986958 - Pág. 2



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 724521968	Nº REGULAÇÃO: 87040	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:	2679663 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR - (86) 3211-7324	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:	5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	
LEITO:	ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	
PACIENTE: FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR	NASCIMENTO: 03/07/1983	

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: 16/08/2019 13:17:34 PACIENTE COM FERIMENTO NA MÃO RELATA AÇÃO CONTUNDENTE HÁ 1 DIA. APRESENTA EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM 1º QUIRODACTILO D.RX EVIDENCIANDO FRATURA EM 1º METATARSO DIREITO.			
PROVAS DIAGNÓSTICAS:			
E st MES SOLICITADOS: R			
DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DE OSSOS DO METATARSO			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL: 130x80(mmHg)	FREQ. CARDÍACA: 95bpm	SATURAÇÃO: 98%	FREQ. RESPIRATÓRIA: 18rpm
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 15	USO DE O2:	
USO DROGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES: DIPRIRONA + VOLTAREN			

DATA: 16/08/2019 13:20:22

Dr. Ryan Nogueira
Cirurgião Geral
CRM: 6055-PI

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

2333593

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	245297

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR			6 - Prontuário: 519941
7-CNS:	898001261555122	8-Nascimento:	03/07/1983	9-Sexo: Masculino
11-Mãe:	MARIA SOCORRO OLIVEIRA			RG: 417852496 - SSP-PI
12-Resp:	FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR			12-Fone: 86-99527-4504
15-Ender:	KM 07, NUMERO 3285 - SANTO ANTONIO - CEP: 64069-990			14-Cor: Parda
Munic:	TERESINA			17-Cod.IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64069-990

JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

TRAUMA EM MÃO P A 01 DIA COM DOR E EDEMA

PERFUSÃO OK

FRATURA DE 1º MTC DE MÃO D

21 - Condições que justificam a internação:

TRATAMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados)

EX

23-Diagnóstico Inicial:

Fracturas múltiples de ossos metacarpianos

PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO									
28-Cod.Proced.:	27-Procedimento Solicitado:								
0408020377 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPIANOS									
29-Clinica:	30-Caráter:	Ident.:	31-Docum.:	32-Doc.	Méd.	Solic.:			
				02	01	CPF	819.404.243-72		
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:					34-Data Solicitação:				
AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS					16/08/2019				

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-(<input type="checkbox"/>) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	-	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	-	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Trajeto				
45 - Vínculo com a Previdência:				
(<input type="checkbox"/>) Empregado	(<input type="checkbox"/>) Empregador	(<input type="checkbox"/>) Autônomo	(<input type="checkbox"/>) Desempregado	(<input type="checkbox"/>) Aposentado
(<input type="checkbox"/>) Não Seguro/a				

AUTORITÀ



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 233593 AIH: 2219101824270
FORMA DE ENTRADA: MUNICIPAL	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR	CNES 2679663
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 898001261555122	NOME DO PACIENTE FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR	NASCIMENTO 03/07/1983	SEXO M	PRONTUÁRIO 519941
DOCUMENTO CPF 34275451805	TELEFONE 8695274504	Nome da Mãe MARIA SOCORRO OLIVEIRA	RESPONSÁVEL FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR	
CEP KM7	ENDEREÇO - LOGRADOURO ENDEREÇO - LOGRADOURO		NUMERO / LOTE 3285	
BAIRRO SANTO ANTONIO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

16/08/2019 13:17:34 PACIENTE COM FERIMENTO NA MÃO RELATA AÇÃO CONTUNDENTE HÁ 1 DIA. APRESENTA EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM 1º OIQURODACTILO D.RX EVIDENCIANDO FRATURA EM 1º METATARSO DIREITO.

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS) EXAME FÍSICO, RAIOS X

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S624 - FRATURAS MULTIPLAS DE OSSOS METACARPIANOS	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020377 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESAO FISARIA DOS METACARPIANOS

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 16/08/2019
DATA ADMISSÃO 16/08/2019 15:04	DATA ALTA 18/08/2019 09:00
MOTIVO ALTA ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

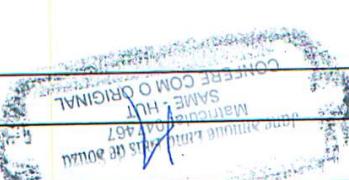
JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) TANIA MOREIRA AREA LEAO CPF: 47061359315	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA CRM: DATA ANALISE: 16/08/2019 17:25:09
--	--

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO	
DATA: 17/08/19	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA CRICULATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA RESPIRATÓRIO						
SISTEMA DIGESTIVO					SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL					CORTICOIDES	ATARAXICOS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO					OUTROS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO AS	EFEITOS
		10: 15	10: 55			TOTAL DE DOSES
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO			1. FNT 100mg 2. MDZ 3mg 3. Propan 10/30g 4. Reptafol 2g 5. Dapivans 2.5g 6. Bextera 20g		SEQUÊNCIA
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100					
TEMPERATURA T	C°	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10	38			DURAÇÃO
P. ARTERIAL V O PULSO						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS						
TÉCNICAS	Sedação Venosa + Bloqueio Troncal e					
OPERAÇÕES	Cor cor fust quirúrgicas					
CIRURGIÕES	On elhagas					
ANESTESISTAS	Dra. Milena R. Bezerra Milena Ramos Bezerra Anestesiologista RQE 2243 CRM PI 4741					
PARITULARIDADES						
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS						

MOD 76 - HUT





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

FMS
Fundação Municipal
de Saúde

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente	Francisco Liedens da Silva		
Diagnóstico pré-operatório	Puntura de polvorão		
Operação - Tipo	Ressecção de jato de polvorão		
Cirurgião	Chico das Chagas R. Souza CRM-PI 3920	1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Viana	Anestesista	Milena Boagat + S. da Costa
Anestésico(a)			
Data da Operação	37/08/19	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório	Jato seco		
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			
Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)			
Abertura de ferida Ligadura Drenagem Fechamento			
Abertura de ferida Ligadura			
Abertura de ferida Ligadura			

Mod. 76 HUT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

DATA 17/08/19

NOME DO PACIENTE:	<u>Francisco Lúcio da Silveira</u>	PRONTUÁRIO N°:	<u>519941</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Frat. Cardíaco Mitocardíaco</u>	CIRURGIA:	
ANESTESIA:	<u>Milene</u>	Nº DA SALA:	<u>02</u>
CIRURGIÃO:	<u>Chico</u>	CPF N°:	
AUXILIAR:	<u>Flávia</u>	CPF N°:	
ANESTESIA:	<u>Pr. Local + Sed.</u>	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Viana</u>	CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	—	
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº <u>7528,0</u>	PAR	<u>03</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº	PAR	—	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>04</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>500</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>500</u>	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	<u>04</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>02</u>	
EQUIPO MACRO- GOTAS	UNID.	<u>03</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>02</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>10</u>		SERINGA 5CC	UNID.	—	
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO <u>500</u>	FRASCO	<u>01</u>	
GASES	PAC.	<u>04</u>		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO N°	UNID.	—		<u>Crepom</u>		<u>03</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG	/			<u>Enemas</u>	<u>02</u>		
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.	/						
CAT. GUT. CROMADO C/AG	/						
CAT. GUT. CROMADO S/AG	/						
ALCOFIL	/						
MONONYLON							
FITA UMBILICAL	/			ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:	<u>Vanderluzia</u>		
PROLENE	/						





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA

FMS
Fundação Municipal de Saúde

SUS +

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

Mudança de Procedimento		Órtese e prótese - OPME
Diária de UTI		Fatores de Coagulação
Diárias de Acompanhante		Gasoterapia
Hemoderivados		Nutrição Parenteral / Enteral
Diálise / Hemodiálise		Procedimento fora da faixa etária
Albumina Humana 20%	*	Fio K

HOSPITAL: MUT

CNPJ:

VENIENTE: Francisco Lúcio de Souza

Nº AIH:

PROCEDIMENTO ANTERIOR:

PROCED. SOLICITADO:

MÉDICO SOLICITANTE:

CRM: CRM: CPF:

JUSTIFICATIVA

Oferdeu

DATA: 27/08/19

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR



Assinatura
José de Ribamar Santos Filho
Assessor de Auditoria - DRCAA/FMS
CRM-PI: 1808 - CPF: 373.206.463-00
170600533260002

DATA:

12/08/19

Assinatura do Médico Solicitante

001 - HUT





IDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL DE JRGÊNCIA DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 26/03/2020 01:39:14
<http://tpj.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2003260139109570000008579150>
Número do documento: 2003260139109570000008579150

Num. 8986958 - Pág. 10

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA										VR1		
NOME		Jeronimo Loureiro da Silva Júnior		IDADE		36 anos		DATA		17/08/2019		
HORÁRIO DE ADMISSÃO		10 hs 39 min		TIPO DE ANESTESIA		() GERAL () RAQUE/BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO						
CIRURGIA REALIZADA		Furto - Quirondactilo						CIRURGIÃO		Chagas		
SINAIS VITais		HORÁRIO										
		ADMISSÃO								SAIDA		
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)		133 x 58 mmHg								138 x 54		
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)		61 bpm								60		
SATURAÇÃO DE O2 (%)		98%								500		
TEMPERATURA AXILAR (O° C)												
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)												
NOME/ MATRÍCULA												
ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK												
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros				2		2 []		2 []		2 []	
	Movimenta dois membros				1		1 []		1 []		1 []	
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando				0		0 []		0 []		0 []	
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente				2		2 []		2 []		2 []	
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração				1		1 []		1 []		1 []	
	Tem apnéia				0		0 []		0 []		0 []	
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico				2		2 []		2 []		2 []	
	PA em 20-49% do nível anestésico				1		1 []		1 []		1 []	
	PA em 50% do nível pré-anestésico				0		0 []		0 []		0 []	
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço				2		2 []		2 []		2 []	
	Desperga, se solicitado				1		1 []		1 []		1 []	
	Não responde				0		0 []		0 []		0 []	
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente				2		2 []		2 []		2 []	
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%				1		1 []		1 []		1 []	
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂				0		0 []		0 []		0 []	
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	0 2 4 6 8 10						TOTAL					
ALTA DE DOR ALTA	0 2 4 6 8 10						ASS.					
() SONDA VESICAL	() DRENO DE SUCÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE					() COLOSTOMIA	SONDA () NASOG() NASOE			
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL					
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL					
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:												
No inicio Admitido na sala no Pós de pratica de eleito mão (). Sob efeito de local e nocaute. Converte. Respirando espontaneamente. Bom estabelecial. Plena Chaga 17/08/19												
PREScrição MÉDICA								ALTA SRPA	ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO			
Hemodrata, foredo, ferida expurgo & queimaduras								HORÁRIO	Anestesiologia			
ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []								ANESTEsiologista				
]1 []2 []3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL []4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ORT [] NEU [] CIR [] MÉD												





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

COPIEJOT
PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 59524 - Em: (16/08/2019)

Atendimento	Pontuário:	paciente:	Dt.Nasc.:	Clinica:	Enfermaria:	Laito:
245297	519941	FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR	03/07/1983	FESTO 2	SUPLEMENTAR	EXTRA 06

Evolução:
Hora:

14:15

360

Diagnóstico/Comorbidades:

Seq.:	Descrição/Apresentação/observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil.Vol.:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL TIPO LIVRE,								
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SÓDIO FÍSIOLOGICO) 500ML SIST. FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h				
2	TENOXIGAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Ampola	EV	12/12h				
3	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.....	1,00	Ampola	EV	6/6h				
4	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.....	50,00	mg	EV	12/12h				

Observações Gerais: CUIDADOS GERAIS EXAMES

Assinatura: Alexandre Ramon de Freitas Melo
CRM: 2.714 - TECI: 11393
Assinado em 14/08/2020

Assinatura: Francisco Liodoro da Silva Junior
CRM: 2.714 - TECI: 11393
Assinado em 14/08/2020

Assinatura: Alexandre Ramon de Freitas Melo
CRM: 2.714 - TECI: 11393
Assinado em 14/08/2020

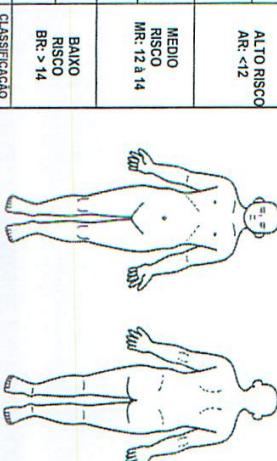
EVQ - EVAÇÃO/ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE RISCO

NOME: Francisco Andrade da Silva Júnior
PRONTUÁRIO: 51074 | **IDADE:** 36 | **ENFERMARIA/LEITO:** COZINHO

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS: () MÍNIMOS () INTERMEDIÁRIOS () SEM-INTENSIVOS () INTENSIVOS

DATA: 16 / 8 / 2019

HORA	T	P	R	PA	SINAIS VITais		ENTRADAS		SAÍDAS	
					SAT. O ₂	GLIC. CAP.	HV	HEMO	SONDA/ ORAL	DRENO
12										
18	65	-	100	100						
24	52	-	130/70							
06	59	-	120/70							

ESCALA DE BRADEN:
PONTOS: CONTROLE: MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X"

PERCEPÇÃO SENSORIAL: (Limitado) 1-Totamente / 2-Muito / 3-Levemente / 4-Nenhuma

UMIDADE (Molhado): ALTO RISCO AR <12

Respiração: (Completamente / 2-Muito / 3-Occasionalmente / 4-Raramente)

ATIVIDADE: (Acamado / 2-Cadeira rodas / 3-Anda/Occasionalmente / 4-Andar regularmente)

MOBILIDADE: (Limitado) / 2-Muito / 3-Levemente / 4-Nenhuma

TRATAMENTO: (2-Muito / 3-Levemente / 4-Nenhuma)

NUTRIÇÃO: (BAIXO RISCO / 2-Muito / 3-Hádequada / 4-Excelente)

FRIGOÇÃO E CISALHAMENTO: (1-Problema / 2-Problema Potencial / 3-Nenhum Problema)

TOTAL:
CLASSIFICAÇÃO:
PONTOS: CONTROLE:

CLASSIFICAÇÃO:
ESCALA DE MORSE - RISCO DE Queda:
PONTOS: CONTROLE:

CLASSIFICAÇÃO:
PONTOS:
CONTROLE:
CLASSIFICAÇÃO:</b



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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR** (Prontuário: 519941)
Endereço: KM 07, NUMERO 3285 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 03/07/1983 Idade: 36a1m20d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 245297
Requisição: 988858 Solicitação: 17/08/2019 Solicitante: AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS
Controle: 1286402 Convênio: SUS CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 229 LEITO 03

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 17/08/2019

MAO DIREITA

O estudo radiológico da mão direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Controle pós-operatório.
- Fratura alinhada com fixação metálica no 1º metacarpiano.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Imobilização gessada.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 23/08/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO
CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 26/03/2020 01:39:14
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032601391095700000008579150>
Número do documento: 20032601391095700000008579150

Num. 8986958 - Pág. 14



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR** (Prontuário: 519941)
Endereço: KM 07, NUMERO 3285 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 03/07/1983 Idade: 36a1m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 736421
Requisição: 988529 Solicitação: 16/08/2019 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
Controle: 1285717 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 16/08/2019

MAO DIREITA

O estudo radiológico da mão direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura completa no 1º metacarpiano.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 22/08/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO
CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 26/03/2020 01:39:14
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032601391095700000008579150>
Número do documento: 20032601391095700000008579150

Num. 8986958 - Pág. 15

INICIAL ANEXA.



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 26/03/2020 01:24:03
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2003260124023160000008577509>
Número do documento: 2003260124023160000008577509

Num. 8985266 - Pág. 1



FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR, brasileiro, casado, mecânico, RG nº 41.785.249-6 SSP-PI, CPF Nº 342.754.518-05, sem endereço eletrônico, residente e domiciliado na Localidade Retiro, S/N, Bairro: Zona Rural, CEP: 64.380-000, Beneditinos-PI, por seu advogado constituído nos termos do inclusivo instrumento de mandato (doc. 01) e ao final assinado, com escritório profissional na Rua Eliseu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI, CEP: 64000-120, vem respeitosamente à honrosa presença de Vossa Excelência, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DE SEGURO DPVAT

em face de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, Pessoa Jurídica de Direito Privado, CNPJ. 09.248.608/0001-04, com sede na Rua Senador Dantas, 75, 5º andar, Centro Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20.031-205, pelos motivos de fato e de direito que abaixo expõe:



Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI – CEP 64000-120
telefones: (86) 994643330/ 994523253
E-mail: alexandreramonadvocacia@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 26/03/2020 01:24:04
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032601240247900000008577510>
Número do documento: 20032601240247900000008577510

Num. 8985267 - Pág. 1



ALEXANDRE RAMON

ADVOCACIA ESPECIALIZADA

1 – PRELIMINARMENTE

1.1 - Benefícios da justiça gratuita (CPC, art. 98, caput)

A parte requerente é pobre e não tem condições de arcar com as despesas do processo, uma vez que são insuficientes seus recursos financeiros para pagar todas as despesas processuais, conforme declaração em anexo.

Destarte, o Demandante ora formula pleito de gratuidade da justiça, o que faz por seu patrono, sob a égide do art. 99, § 4º c/c 105, in fine, ambos do CPC.

1.2 - Quanto à audiência de conciliação (CPC, art. 319, inc. VII)

A parte Requerente opta pela não realização de audiência conciliatória (CPC, art. 319, inc. VII), razão qual requer de imediato a designação de perícia médica a fim de se provar a quantificação das lesões do requerente.

2 – DOS FATOS

No dia 15 de agosto de 2019 por volta das 19:30 horas, o requerente retornando para sua residência, trafegava pela estrada vicinal de acesso a Localidade Retiro, na motocicleta Honda/CG 160 FAN, de placa PIR-9458, quando ao se aproximar da Localidade Canto Escuro, um porco atravessou a estrada repentinamente, sendo impossível desviar-se, o requerente colidiu com o animal, sofrendo várias lesões, conforme apontam os laudos, sendo socorrido por populares, levado ao Hospital de Demerval Lobão, em seguida encaminhado ao HUT.



Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI – CEP 64000-120
telefones: (86) 994643330/ 994523253
E-mail: alexandreramonadvocacia@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 26/03/2020 01:24:04
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2003260124024790000008577510>
Número do documento: 2003260124024790000008577510

Num. 8985267 - Pág. 2



ALEXANDRE RAMON

ADVOCACIA ESPECIALIZADA

Em decorrência do mencionado acidente, teve vários traumas físicos que são facilmente comprovados pelos documentos acostados aos autos, estando permanentemente inválido.

O requerente optou pela via administrativa e pleiteou o pagamento do seguro pela seguradora requerida, mas esta somente pagou o valor R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais), uma vez que o laudo do HUT atesta que houve sequela permanente, razão pela qual vem a este juízo pleitear o pagamento valores que lhe são devidos.

Haja vista que o Laudo do HUT atesta:

- a) Fratura de 1º MTC da mão direita;
- b) Fraturas múltiplas de ossos metacarpianos;

Assim, estando o requerente inválido, o pagamento do seguro é medida que se impõe.

3 – DO DIREITO

3.1 – Da Legislação

Na legislação, temos os seguintes artigos que amparam o direito do Requerente:

"Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e



Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI – CEP 64000-120
telefones: (86) 994643330/ 994523253
E-mail: alexandreramonadvocacia@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 26/03/2020 01:24:04
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032601240247900000008577510>
Número do documento: 20032601240247900000008577510

Num. 8985267 - Pág. 3



ALEXANDRE RAMON

ADVOCACIA ESPECIALIZADA

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

Art. 5º, da lei 6.194/74:

"O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia da responsabilidade do segurado.

§ 1º A indenização referida nesse artigo será paga com base no valor da época da liquidação do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de quinze dias da entrega dos seguintes documentos:

b. prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente - no caso de danos pessoais.

§ 2º Os documentos referidos no § 1º serão entregues à sociedade seguradora, mediante recibo, que os especificará".

Na jurisprudência, o sentido não é diferente:

"Acidente de trânsito - DPVAT - Veículo não identificado – Responsabilidade Ação de cobrança - Seguro obrigatório - DPVAT - Pagamento do prêmio - Comprovação - Desnecessidade - Documentos necessários - Seguro obrigatório. Veículo não identificado. Acidente anterior à modificação da Lei nº 6.194/74 pela Lei nº 8.441/92. Responsabilidade de qualquer seguradora - Fixação em salário mínimo - Possibilidade - Não revogação do art 3º da Lei nº 6.194/74, recepcionada pela Carta da República - Sentença que condena seguradora a pagar a indenização - Validade - Cobrança procedente - Recurso não provido. Qualquer



Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI – CEP 64000-120

telefones: (86) 994643330/ 994523253

E-mail: alexandreramonadvocacia@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 26/03/2020 01:24:04
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032601240247900000008577510>

Número do documento: 20032601240247900000008577510

Num. 8985267 - Pág. 4



ALEXANDRE RAMON

ADVOCACIA ESPECIALIZADA

seguradora responde pelo pagamento da indenização em virtude do seguro obrigatório, pouco importando que o veículo esteja a descoberto, eis que a responsabilidade em tal caso decorre do próprio sistema legal de proteção, ainda que esteja o veículo identificado tanto que a lei comanda que a seguradora que comprovar o pagamento da indenização pode haver do responsável o que efetivamente pagou. Norma que visa proteger o segurado ou beneficiário hipossuficiente na relação contratual, o valor devido é aquele previsto no art. 3º, da Lei nº 6.194/74, que não foi revogada pela Lei nº 6.205/75 e Lei nº 6.243/77, sendo a lei ordinária primitiva recepcionada pela Constituição Federal de 1988. A fixação da indenização em salários mínimos não constitui violação à norma constitucional, haja vista que não pode ser interpretado como fator de correção e sim base do quantum a ser indenizado. A indenização devida à pessoa vitimada decorrente do chamado Seguro Obrigatório de Danos Pessoais por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), se não identificado o veículo pode ser cobrado de qualquer seguradora que opere no complexo, mesmo tendo ocorrido a modificação da Lei nº 6.194/74 pela Lei nº 8.441/92 e antes da formação do consórcio de seguradoras". (1ª Turma Recursal de Divinópolis - Rec. nº 223.04.140706-3 - Juiz José Maria dos Reis)."

Assim, em face o valor irrisório pago pela seguradora requerida, é que se requer a complementação do valor devido por ser medida de Justiça.

4 – DO PEDIDO

Por todo o exposto, tendo o Requerente demonstrado o dano, tem seu direito respaldado na legislação vigente, bem como na doutrina e na jurisprudência de nossos Egrégios Tribunais.



Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI – CEP 64000-120

telefones: (86) 994643330/ 994523253

E-mail: alexandreramonadvocacia@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 26/03/2020 01:24:04
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032601240247900000008577510>

Número do documento: 20032601240247900000008577510

Num. 8985267 - Pág. 5



ALEXANDRE RAMON
ADVOCACIA ESPECIALIZADA

Assim, requer a **citação da Requerida** na pessoa do seu representante legal, no endereço declinado na inicial, para que se quiser, apresente defesa, sob pena de revelia.

A parte Requerente opta pela não realização de audiência conciliatória (CPC, art. 319, inc. VII), razão qual requer de imediato a designação de perícia médica a fim de se provar a quantificação das lesões do requerente.

Requer que a presente demanda seja julgada **PROCEDENTE**, com a condenação da Requerida no pagamento do valor devido, ou seja, R\$ 12.555,00 (doze mil, quinhentos e cinquenta e cinco reais), atualizadas, com juros legais, mais custas judiciais e honorários de advogado na base de 20% sobre a condenação.

Requer provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidas, especialmente pelo depoimento pessoal do Requerido, juntada de documentos, oitiva de testemunhas, realização de perícia e demais provas necessárias.

Requer os benefícios da justiça gratuita, por ser o requerente pobre na forma da Lei e não ter condições de arcar com as custas e demais despesas processuais.

Dá-se a causa o valor de **R\$ 12.555,00 (doze mil, quinhentos e cinquenta e cinco reais)**.

Nestes termos,

Pede e espera deferimento.

Teresina-PI, 25 de março de 2020.

Alexandre Ramon de Freitas Melo

OAB/PI 5.795

Simone Sousa Marciel

Estagiária



Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI – CEP 64000-120
telefones: (86) 994643330/ 994523253
E-mail: alexandreramonadvocacia@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 26/03/2020 01:24:04
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2003260124024790000008577510>
Número do documento: 2003260124024790000008577510

Num. 8985267 - Pág. 6



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 26/03/2020 01:24:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032601240434000000008577511>
Número do documento: 20032601240434000000008577511

Num. 8985268 - Pág. 1

Companhia de Energia		Para contato conosco, informe esse NÚMERO!!																																																													
COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI CNPJ: 06.840.748/0001-89 Insc. Estadual: 19.301.383-5 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1 Regime Especial de Imprensa autorizada pela SEFAZ 06/98		1623953-9																																																													
CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)																																																												
NOVEMBRO/2019	20/11/2019	49	48,49																																																												
CONGREGAÇÃO CFISTA NO BRASIL LC RETIRO S/N - B RURAL CNPJ: 00.665.2911000180 CEP: 64.380-000 - BENEDITINOS																																																															
DADOS DA LEITURA ROT: 110.053.10.82.344650 Atual: 1074 Atual: 13/11/2019 Anterior: 1025 Anterior: 14/10/2019 Constante de Multiplicação: 1,000 Próxima Leitura: 13/12/2019 Consumo Médio: 49 Emissão: 12/11/2019 Consumo Faturado: 49 Apresentação: 13/11/2019 Fórmula de Faturamento: NORMAL Código de Irregularidade: 30 Dias de Consumo: 30																																																															
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA <table border="1"> <thead> <tr> <th>Classe/Subclasse</th> <th>Ligação</th> <th>Número Medidor</th> <th>Póste</th> <th>Código Fat.</th> <th>Média 12 meses</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>COMERCIAL</td> <td>MONO</td> <td>A2035196</td> <td>3.5.3.1</td> <td>47</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Póste	Código Fat.	Média 12 meses	COMERCIAL	MONO	A2035196	3.5.3.1	47																																																	
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Póste	Código Fat.	Média 12 meses																																																										
COMERCIAL	MONO	A2035196	3.5.3.1	47																																																											
HISTÓRICO 12M Mês/ano consumo DESCRIÇÃO DA CONTA OUT/19 44 CONSUMO 49 A R\$ 0,893497 = 43,78 SET/19 40 CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSTIP) 4,71 AGO/19 39 ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,41 JUL/19 50 ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 0,88 JUN/19 45 MAI/19 69 ABR/19 56 MAR/19 42 FEVER/19 46 JAN/19 47 TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 49 - 0,641875																																																															
NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM LIGUE 0800 080 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25 Parabéns! Até o dia 12/11/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.																																																															
<small>Você pode pagar todas dentro do vencimento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por meio dos canais de atendimento.</small>																																																															
RESERVADO AO FISCO COMPOSTO DA CONTA - R\$ 1623953-9 IMPROS/TRIBUTOS - R\$ <table border="1"> <thead> <tr> <th>Distribuição:</th> <th>Base de Cálculo:</th> <th>Alíquota ICMS:</th> <th>Valor do ICMS:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Energia: 9,21</td> <td>43,78</td> <td>34,14</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Transmissão: 17,78</td> <td>2,2,00%</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Encargos: 3,00</td> <td>Valor do PIS:</td> <td>9,63</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tributos: 1,47</td> <td>Valor do COFINS:</td> <td>0,48</td> <td></td> </tr> <tr> <td>12,3%</td> <td>INDICADORES DE CONTINUIDADE</td> <td>6,49%</td> <td>2,21</td> </tr> <tr> <td></td> <td>DIC</td> <td>FIC</td> <td>DMIC</td> </tr> <tr> <td>Mensal</td> <td>Trimestral</td> <td>Anual</td> <td>Mensal</td> </tr> <tr> <td>6,87</td> <td>13,74</td> <td>27,48</td> <td>3,99</td> </tr> <tr> <td>Realizado</td> <td></td> <td></td> <td>7,98</td> </tr> <tr> <td>Conjunto</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>15,96</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>3,97</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Período de apuração:</td> <td>09/2019</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>EUSD: 14,16</td> </tr> </tbody> </table>				Distribuição:	Base de Cálculo:	Alíquota ICMS:	Valor do ICMS:	Energia: 9,21	43,78	34,14		Transmissão: 17,78	2,2,00%			Encargos: 3,00	Valor do PIS:	9,63		Tributos: 1,47	Valor do COFINS:	0,48		12,3%	INDICADORES DE CONTINUIDADE	6,49%	2,21		DIC	FIC	DMIC	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	6,87	13,74	27,48	3,99	Realizado			7,98	Conjunto	0,00	0,00	15,96				3,97				0,00			Período de apuração:	09/2019				EUSD: 14,16
Distribuição:	Base de Cálculo:	Alíquota ICMS:	Valor do ICMS:																																																												
Energia: 9,21	43,78	34,14																																																													
Transmissão: 17,78	2,2,00%																																																														
Encargos: 3,00	Valor do PIS:	9,63																																																													
Tributos: 1,47	Valor do COFINS:	0,48																																																													
12,3%	INDICADORES DE CONTINUIDADE	6,49%	2,21																																																												
	DIC	FIC	DMIC																																																												
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal																																																												
6,87	13,74	27,48	3,99																																																												
Realizado			7,98																																																												
Conjunto	0,00	0,00	15,96																																																												
			3,97																																																												
			0,00																																																												
		Período de apuração:	09/2019																																																												
			EUSD: 14,16																																																												
ALTOS ROT: 110.053.10.82.344650 SEU CÓDIGO: 1623953-9 TOTAL A PAGAR - R\$ 48,49 Companhia de Energia ENERGIA COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI CNPJ: 06.840.748/0001-89 Insc. Estadual: 19.301.383-5																																																															
MÊS FATURADO: 11/2019 VENCIMENTO: 20/11/2019 N° da Nota Fiscal: 29929753 F-CAM*																																																															
836000000000 7 48190017000 8 00000001623 8 95391119008 0																																																															
SEQ.: 00047 IUC: 1623953-9 DT.LEIT.: 13/11/2019 T.ENTR.: 09 LEITURA: 1074 NORMAL TOTAL: 48,49 CARGA: 002 DT.VENC.: 20/11/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 4031																																																															



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 26/03/2020 01:24:06
<http://tpj.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/list/view.seam?x=20032601240434000000008577511>
 Número do documento: 20032601240434000000008577511

Num. 8985268 - Pág. 2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
34275455805 Francisco Líder da Silva Junior			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Francisco Líder da Silva Junior	34275455805		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Recurso	LC Petrópolis Beneditinos	510	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
B - Rural	Teresina	Piauí	64.380-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (86)99905-4014		
Benedictinos			

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

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

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

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

AGÊNCIA: 1989 CONTA: 83622 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

34

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

38 - 1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 19/11/2019

X Francisco Líder da Silva Junior

José Góis Júnior

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

2020/02/2019

TESTEMUNHAS





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA CIVIL JUDICIÁRIA
DELEGACIA GERAL DA PÓLICIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLICIA DO INTERIOR
DELEGACIA DE BENEDITINOS-PI



C E R T I D Ã O

DADOS DO REGISTRO

Responsável pelo Registro: Alexsandro Bezerra dos Santos (Agente de Polícia)	Delegacia de Beneditinos
Ocorrência nº 137/2019	Data do Registro: 10/10/2019
Natureza: ACIDENTE DE TRÂNSITO	Hora do Registro: 10:00hs

NOTICIANTE

Nome: **FRANCISCO LIODORO DA SILVA JÚNIOR**

Nacionalidade: **Brasileiro**

- Natural: **Miraselva/Pr**

Estado Civil: **Casado**

- CPF nº **342.754.518-05**

Profissão: **Mecânico**

- Doc. Ident. nº **41.785.249-6 spp/sp**

Nascido: **03.07.1983**

- Tel: **(86) 99527-4504**

Filiação: **Francisco Liodoro da Silva e Maria Socorro Oliveira**

End: **Localidade Retiro, zona rural de Beneditinos-Pi.**

HISTÓRICO

O NOTICIANTE (acima qualificado) Comunicou Que: sofreu um acidente automobilístico no dia 15.08.2019 por volta das 19:30 horas quando pilotava a motocicleta Honda/CG 160 FAN ESDI, placa PIR-9458, cor vermelha, ano/mod. 2016/2016, chassi nº 9C2KC2200GR510039, RENAVAM 1101854321, licenciada em nome de Antônio Marcos de Abreu Sousa; Que trafegava no veículo supra citado pela estrada vicinal que dá acesso a Localidade Retiro, que retornava para sua residência e nas proximidades da Localidade Canto Escuro um animal (porco) aravessou a estrada repentinamente, impossibilitando que o noticiante desvisasse do mesmo, o que acabou colidindo com o animal, sendo que, após bater no porco perdeu o controle da moto e acabou caindo, ocasionando a quebra do dedo polegar da mão direita e algumas escoriações no ombro e nos joelhos. Que foi socorrido pelo nacional Ernande Francisco de Sousa que o levou para a cidade de Demerval Lobão-Pi e de lá o noticiante foi para o Hospital do Promorar na cidade de Teresina-Pi. Que deu entrada no dia seguinte (16.08.19) no H.U.T. na cidade de Teresina-Pi onde passou por uma cirurgia no dedo polegar. Dada e passada na cidade de Beneditinos, Estado do Piauí, na Delegacia de Polícia, (10/10/2019). Eu,..... Agente de Polícia que registrei e digitei.

Noticiante/Vítima: Francisco Liodoro da Silva Júnior

Alessandro Bezerra dos Santos
Matrícula 130150-X



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 08 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190647216

Vítima: FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 15/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000001989

Conta: 0000083622-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00083/00084 - carta_15R - INVALIDEZ
0005042





NOME DO PACIENTE: Francisco Liodono da Silva Júnior
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 519941

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".




HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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


Imp: 16/08/2019 15:16:51

(User: LAO TSE)
(Estação: GESS002)**BOLETIM DE ENTRADA - BE****DADOS DO PACIENTE:**

<u>Nome:</u> FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR	<u>Prontuário:</u> 519941		
<u>Mãe:</u> MARIA SOCORRO OLIVEIRA	<u>Pai:</u> FRANCISCO LIODORO DA SILVA		
<u>End. Resid.:</u> KM 07, NUMERO 3285 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI - CEP: 64069-990			
<u>Nascimento:</u> 03/07/1983	<u>Idade:</u> 36a1m13d	<u>Sexo:</u> Masculino	<u>Fone:</u> 86-99527-4504
<u>Responsável:</u> FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR		<u>CNS:</u> 898001261555122	
<u>Profissão:</u> MECANICO		<u>CPF:</u>	* RG: 417852496 - SSP-PI
<u>G. Instrução:</u> Fundamental Completo		<u>E.Civil:</u>	Casado(a)
<u>End.Local.:</u> - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 736421	<u>Data:</u> 16/08/2019 15:04:34	<u>Condução:</u> VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS
<u>Motivo da Procura:</u> DOR MEMBROS SUPERIORES		<u>Convênio:</u> SUS
<u>Acid.Trab.:</u> Não	<u>Trajeto?:</u> Não	<u>Típico:</u> Não
		<u>CID Secundário:</u>

DADOS CLÍNICOS:

TMVMS LM NHO CD

cr flx

Dor + edema intº ① / Perfuro OK

<u>PA</u> X mmHg	<u>Pulso:</u>	<u>FC:</u>	bpm	<u>Temp.:</u>
------------------	---------------	------------	-----	---------------

<u>Diagnóstico Inicial:</u>	<u>CID:</u>
Fadiga 1º Metacarpiano	

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

DATA 16/08/19

<u>CD:</u> Tala gerada	<u>DATA:</u> 16/08/19
<u>Tule</u> mao p/ cirurgia	<u>HORA:</u> : :

<u>ALTA:</u>	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem:
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência:
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	
	<input type="checkbox"/> A Pedido		

<u>ÓBITO:</u>	<u>DESTINO:</u>		<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
	<input type="checkbox"/> Até 24 Hs	<input type="checkbox"/> Família	<u>Proced. Solicitado:</u>
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs	<input type="checkbox"/> IML	
	<input type="checkbox"/> Após 48 Hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.	<u>CID Compatível:</u>

 Prof. Solicitante
Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 26/03/2020 01:24:13
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032601240885300000008577513>
 Número do documento: 20032601240885300000008577513

Num. 8985270 - Pág. 2



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 724521968	Nº REGULAÇÃO: 87040	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679663 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR - (86) 3211-7324		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO:	ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	
PACIENTE: FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR	NASCIMENTO: 03/07/1983	

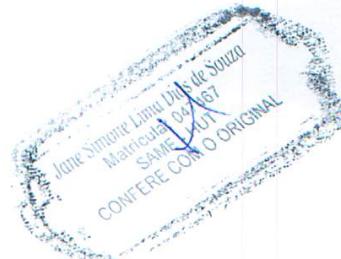
DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: 16/08/2019 13:17:34 PACIENTE COM FERIMENTO NA MÃO RELATA AÇÃO CONTUNDENTE HÁ 1 DIA. APRESENTA EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM 1º QUIRODACTILO D.RX EVIDENCIANDO FRATURA EM 1º METATARSO DIREITO.			
PROVAS DIAGNÓSTICAS:			
E st MES SOLICITADOS: R			
DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DE OSSOS DO METATARSO			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL: 130x80(mmHg)	FREQ. CARDÍACA: 95bpm	SATURAÇÃO: 98%	FREQ. RESPIRATÓRIA: 18rpm
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 15	USO DE O2:	
USO DROGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES: DIPRIRONA + VOLTAREN			

DATA: 16/08/2019 13:20:22

Dr. Ryan Nogueira
Cirurgião Geral
CRM: 6055-PI

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO





SUS

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

253593

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	245297

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR	6 - Prontuário: 519941
7-CNS: 898001261555122	8-Nascimento: 03/07/1983
9-Sexo: Masculino	RG: 417852496 - SSP-PI
11-Mãe: MARIA SOCORRO OLIVEIRA	12-Fone: 86-99527-4504
13-Resp: FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR	14-Cor: Parda
15-Ender: KM 07, NUMERO 3285 - SANTO ANTONIO - CEP: 64069-990	17-Cod.IBGE: 221100
Munic: TERESINA	18-UF: PI
	19-CEP: 64069-990

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: TRAUMA EM MÃO D A 01 DIA COM DOR E EDEMA PERFUSÃO OK FRATURA DE 1º MTC DE MÃO D	
21 - Condições que justificam a internação: TRATAMENTO CIRÚRGICO	
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): RX	
23-Diagnóstico Inicial: Fraturas múltiplas de ossos metacarpianos	24-CID Prin: S624

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408020377	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPANOS	 Tempo SUS 2
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 01 Docum.: CPF 819.404.243-72	31-Docum. Méd. Solic.: 32-Doc. 34-Data Solicitação: 16/08/2019
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS	34-Data Solicitação:	35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Típico			
38-() Acidente Trabalho Trajeto	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			
46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:		

48-Documento: ()CNS ()CPF	49-Num. Documento:	
		50-Ass. Carimbo (CRM): CRM-PI 1002

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:		
		52-Ass. Carimbo (CRM): CRM-PI 1002

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 233593 AIH: 2219101824270
FORMA DE ENTRADA: MUNICIPAL	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR	CNES 2679663
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 898001261555122	NOME DO PACIENTE FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR	NASCIMENTO 03/07/1983	SEXO M	PRONTUÁRIO 519941
DOCUMENTO CPF 34275451805	TELEFONE 8695274504	NOME DA MÃE MARIA SOCORRO OLIVEIRA	RESPONSÁVEL FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR	
CEP CEP ENDEREÇO - LOGRADOURO KM7				NUMERO / LOTE 3285
BAIRRO SANTO ANTONIO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
16/08/2019 13:17:34 PACIENTE COM FERIMENTO NA MÃO RELATA AÇÃO CONTUNDENTE HÁ 1 DIA. APRESENTA EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM 1º QUIRODACTILO D.RX EVIDENCIANDO FRATURA EM 1º METATARSO DIREITO.

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
EXAME FÍSICO, RAIOS X

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S624 - FRATURAS MULTIPLAS DE OSSOS METACARPANOS	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/Descrição do procedimento solicitado 0408020377 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESAO FISARIA DOS METACARPANOS

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 16/08/2019
DATA ADMISSÃO 16/08/2019 15:04	DATA ALTA 18/08/2019 09:00

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

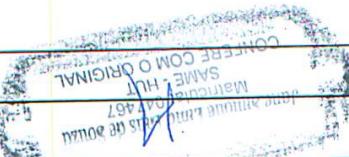
JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) TANIA MOREIRA AREA LEAO CPF: 47061359315	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA CRM: CPF: DATA ANALISE: 16/08/2019 17:25:09

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

UNIDADE DE SAÚDE					Nº DE REGISTRO	
NOME DO PACIENTE						
DATA: 17/08/19	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA CRICULATÓRIO					ASMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO					SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL					CORTICOIDES	ATARAXICOS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO					OUTROS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO AS	EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3	10.15	10.55		TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100				1 - FNT 100mg 2 - MDZ 3mg 3 - Propral 10/30mg 4 - Reptafol 250 5 - Dapivans 2.5 6 - Bextera 200	
TEMPERATURA T	C° 38	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10	50°	18°	SEQUÊNCIA	
P. ARTERIAL V O PULSO					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O	X		OK		DURAÇÃO	
SÍMBOLOS						
TÉCNICAS	Sedação Venosa + Bloqueio Troncal					INCIDENTE - ACIDENTE
OPERAÇÕES	Cor cor fust quirúrgicas					?
CIRURGIÕES	On elhas					
ANESTESISTAS	Dra. Milena R. Bezerra					Milena Ramos Bezerra Anestesiologista RQE 2243 CRM PI 4741
PARITULARIDADES						CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS

MOD 76 - HUT





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

FMS
Fundação Municipal
de Saúde

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente	Francisco Liedens da Silva		
Diagnóstico pré-operatório	Punção de polvorão		
Operação - Tipo	Ressecção de juntura de polvorão		
Cirurgião	Chico das Chagas R. Souza CRM-PI 3920	1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Viana	Anestesista	Milena Boagat + S. da Costa
Anestésico(a)			
Data da Operação	37/08/19	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório	Jerdon		
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			
Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)			
Abertura de ferida Ligadura Drenagem Fechamento			
Abertura de ferida Ligadura			
Abertura de ferida Ligadura			

Mod. 76 HUT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

DATA 17/08/19

NOME DO PACIENTE:	<u>Francisco Lúcio da Silveira</u>	PRONTUÁRIO N°:	<u>519941</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Frat. Cardíaco Mitocardíaco</u>	CIRURGIA:	
ANESTESIA:	<u>Milene</u>	Nº DA SALA:	<u>02</u>
CIRURGIÃO:	<u>Chico</u>	CPF N°:	
AUXILIAR:	<u>Flávia</u>	CPF N°:	
ANESTESIA:	<u>Pr. Local + Sed.</u>	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Viana</u>	CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>—</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>—</u>		LUVA N° <u>7528,0</u>	PAR	<u>03</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA N°	PAR	<u>—</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>04</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>500</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>500</u>	
ALGODÃO	BOLA	<u>—</u>		PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>—</u>		PVPI TINTURA	ML	<u>—</u>	
COMPRESSA	PAC.	<u>04</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>02</u>	
EQUIPO MACRO- GOTAS	UNID.	<u>03</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>02</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>10</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>—</u>	
ESCALPE N°	UNID.	<u>—</u>		SERINGA 3CC	UNID.	<u>—</u>	
FORMOL	ML	<u>—</u>		SORO FISIOLÓGICO <u>500</u>	FRASCO	<u>01</u>	
GASES	PAC.	<u>04</u>		SONDA URETRAL	UNID.	<u>—</u>	
JELCO N°	UNID.	<u>—</u>		<u>Crepom</u>		<u>03</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG	/			<u>Enemas</u>	<u>02</u>		
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.	/						
CAT. GUT. CROMADO C/AG	/						
CAT. GUT. CROMADO S/AG	/						
ALCOFIL	/						
MONONYLON							
FITA UMBILICAL	/			ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:	<u>Vanderluz</u>		
PROLENE	/						





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA

FMS
Fundação Municipal de Saúde

SUS

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

Mudança de Procedimento	Órtese e prótese - OPME
Diária de UTI	Fatores de Coagulação
Diárias de Acompanhante	Gasoterapia
Hemoderivados	Nutrição Parenteral / Enteral
Diálise / Hemodiálise	Procedimento fora da faixa etária
Albumina Humana 20%	* Fio K

HOSPITAL: MUT

CNPJ:

RECIENTE: Francisco Lúcio de Sá

Nº AIH:

PROCEDIMENTO ANTERIOR:

PROCED. SOLICITADO:

MÉDICO SOLICITANTE:

CRM: CPF:

JUSTIFICATIVA

Oferde

DATA: 27/08/19

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR



José de Ribamar Santos Filho
Assessor de Auditoria - DRCAA/FMS
CRM - PI: 1808 - CPF: 373.206.463-00
170600533260002

DATA:

12/08/19

Assinatura do Médico Solicitante

001 - HUT



MUNICIPAL DE SAÚDE

HOSPITAL DE JRGÊNCIA DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA											
NOME		Jeronimo Loureiro da Silva Júnior		IDADE		36 anos		DATA		17/08/2019	
HORÁRIO DE ADMISSÃO		10 hs 39 min		TIPO DE ANESTESIA		() GERAL () RAQUE/BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO					
CIRURGIA REALIZADA		Furto - Quirondactilo						CIRURGIÃO		Chagas	
SINAIS VITais		HORÁRIO									
		ADMISSÃO						SAIDA			
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)		133 x 58 mmHg						138 x 54			
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)		61 bpm						60			
SATURAÇÃO DE O2 (%)		98%						500			
TEMPERATURA AXILAR (O° C)											
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)											
NOME/ MATRÍCULA											
ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK											
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros				2		2 []		2 []		2 []
	Movimenta dois membros				1		1 []		1 []		1 []
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando				0		0 []		0 []		0 []
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente				2		2 []		2 []		2 []
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração				1		1 []		1 []		1 []
	Tem apnéia				0		0 []		0 []		0 []
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico				2		2 []		2 []		2 []
	PA em 20-49% do nível anestésico				1		1 []		1 []		1 []
	PA em 50% do nível pré-anestésico				0		0 []		0 []		0 []
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço				2		2 []		2 []		2 []
	Desperga, se solicitado				1		1 []		1 []		1 []
	Não responde				0		0 []		0 []		0 []
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente				2		2 []		2 []		2 []
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%				1		1 []		1 []		1 []
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂				0		0 []		0 []		0 []
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	0 2 4 6 8 10						TOTAL				
ALTA DE DOR ALTA	0 2 4 6 8 10						ASS.				
() SONDA VESICAL	() DRENO DE SUCÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE			() COLOSTOMIA		SONDA () NASOG() NASOE			
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL				
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL				
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:											
No inicio Admitido na sala no Pós de procura de eleito mão (). Sob efeito de local e nocaute. Converte. Respirando espontaneamente. Bom estabelecial. Plena Chege 17/08/19											
 PRESCRIÇÃO MÉDICA <i>Hemodrata, forense, fer. pol. epoxi epitelio & queratinas</i>										ALTA SRPA <i>Alexandre Ramon de Freitas Melo</i> HORÁRIO <i>17/08/19</i> ANESTEsiologista <i>Alexandre Ramon de Freitas Melo</i>	
ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []											
]1 []2 []3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL []4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ORT [] NEU [] CIR [] MÉD											



EVQ - EVAÇÃO/ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE RISCO



NOME: *Francisco Andrade da Silva Júnior* PRONTUÁRIO: 51074 IDADE: 36 ENFERMARIA/LEITO:

COZINHO

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS: () MÍNIMOS () INTERMEDIÁRIOS () SEM-INTENSIVOS () INTENSIVOS DATA: 16 / 8 / 2019

HORA	T	P	R	PA	SINAIS VITais		ENTRADAS		SAÍDAS		EVOLUÇÃO / ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
					SAT. O ₂	GLIC. CAP.	HV	HEMO	SONDA/ ORAL	DURESE	
12											() Parestesia () Plegia () Hemiparestesia () DéficitMotor
18	65	-	1080								3. Respiração: () Eupnéxico () Dispnéxico () Taquipneúico () QTQ
24	52	-	130/70								4. Sistema Cardiovascular: () BNR () BNF () 2T () Normocárdico () Taquicárdico () Bradicárdico () Outros
06	59	-	120/70								5. Dieta: () VO () SNE/SNG () ISO/ISOG () GTT () NPT () Dieta zero () Boa aceitação () Aceita Parcialmente () Não aceita ()
											6. Abdômen: () Plano () Globoso () Distendido () Flácido () Rígido/Tenso () Timpânico () Doloroso () Indolor () Outros
											7. Pele e mucosas: () Normocorado () Hipocororado () Ictérico () Integra () Edema/Anasarca () Hidratado () Lesões/Bolhasas () Escoriações () LPPs
											8. Hidratação: () AVP () IAVP () AVC () Outros: () Drenos: () Suactor () Outros: () Torácico () DVVE () Kher () Penrose () Outros:
											10. Diurese: () Espontânea () Dispositivo Urinário () SVU () Anúria () Normal () Reduzida () Hematuria () Outros:
											11. Evacuação: () Presuríspido () Melena () Colostomia () Ileostomia () Outros: dias () Diarreia
											12. Alergias () Não () Sim-Quais:

ESCALA DE BRADEN:		PONTOS:	CONTROLE:	MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X"
• PERCEPÇÃO SENSORIAL (Limitação):			ALTO RISCO	
• Tolerância (2-Muito/3-Levemente/4-Nenhuma)			AR: <12	
• UMIADADE (Movimento):				
• Completamente/2-Muito/3-Occasionalmente/4-Raramente				
• ATIVIDADE:				
• Acamado (2-Cadeira rodas) 3-Anda/Occasionalmente-4-Knorr/requeridamente			MEDIO RISCO MR: 12 a 14	
• MOBILIDADE (Limitação):				
• Tratamento (2-Muito/3-Levemente/4-Nenhuma)				
• NUTRIÇÃO:				
• FRIGOCÃO E CISALHAMENTO:			BAIXO RISCO BR: > 14	
• Problema 2-Problema Potencial 3-Nenhum-Problema				
TOTAL:				CLASIFICAÇÃO

ESCALA DE MORSE - RISCO DE Queda:		PONTOS:	CONTROLE:
1. Histórico de quedas: SIM - 25 / NÃO - 0			SEM RISCO SR: 0-24
2. Diagnóstico Secundário: SIM - 15 / NÃO - 0			BAIXO RISCO BR: 25-50
3. Auxílio na defecação:			ALTO RISCO AR: > 51
Mobiliano/Frete - 30 / Nutriente/Bengala/Motor - 15 / Nenhum/Acamado/AuxílioProfissionalSaúde - 0			
4. TERAPIA ENDovenosa: SIM - 20 NÃO - 0			
5. MARCHA:			
Comprimento/ caminhante - 30 / Fraca - 15 / Normal / Sem ambulação, acamado, cadeira de rodas - 0			
6. ESTADO MENTAL:			
Superação/capacidade / Esquecimento/limitação - 15 / Orientado / Capaz/quanto a sua capacidade / Limitação - 0			
TOTAL:			CLASIFICAÇÃO

ESCALA DE MORSE - RISCO DE Queda:		PONTOS:	CONTROLE:
1. Histórico de quedas: SIM - 25 / NÃO - 0			SEM RISCO SR: 0-24
2. Diagnóstico Secundário: SIM - 15 / NÃO - 0			BAIXO RISCO BR: 25-50
3. Auxílio na defecação:			ALTO RISCO AR: > 51
Mobiliano/Frete - 30 / Nutriente/Bengala/Motor - 15 / Nenhum/Acamado/AuxílioProfissionalSaúde - 0			
4. TERAPIA ENDovenosa: SIM - 20 NÃO - 0			
5. MARCHA:			
Comprimento/ caminhante - 30 / Fraca - 15 / Normal / Sem ambulação, acamado, cadeira de rodas - 0			
6. ESTADO MENTAL:			
Superação/capacidade / Esquecimento/limitação - 15 / Orientado / Capaz/quanto a sua capacidade / Limitação - 0			
TOTAL:			



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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR** (Prontuário: 519941)
Endereço: KM 07, NUMERO 3285 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 03/07/1983 Idade: 36a1m20d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 245297
Requisição: 988858 Solicitação: 17/08/2019 Solicitante: AGNELO SAMPAIO CASTELO BRANCO MEDEIROS
Controle: 1286402 Convênio: SUS CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 229 LEITO 03

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 17/08/2019

MAO DIREITA

O estudo radiológico da mão direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Controle pós-operatório.
- Fratura alinhada com fixação metálica no 1º metacarpiano.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Imobilização gessada.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 23/08/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO - 26/03/2020 01:24:13
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032601240885300000008577513>
Número do documento: 20032601240885300000008577513

Num. 8985270 - Pág. 14



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR** (Prontuário: 519941)
Endereço: KM 07, NUMERO 3285 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64069-990
Nascimento: 03/07/1983 Idade: 36a1m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 736421
Requisição: 988529 Solicitação: 16/08/2019 Solicitante: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA
Controle: 1285717 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 16/08/2019

MAO DIREITA

O estudo radiológico da mão direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura completa no 1º metacarpiano.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 22/08/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável




ALEXANDRE RAMON
ADVOCACIA ESPECIALIZADA
PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: <u>FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR</u>	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	FONES:
PROFISSÃO: MECÂNICO	ESTADO CIVIL: CASADO
RG: nº 41.785.249-6 SSP-PI	CPF: 342.754.518-05
ENDERECO: Localidade Retiro, S/N, Bairro: Zona Rural, CEP: 64.380-000, Beneditinos-PI.	
E-MAIL:	

OUTORGADOS: ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO, brasileiro, advogado, casado, inscrito na OAB/PI nº 5795, com escritório profissional situado na Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro – Teresina – PI, CEP 64.000-120.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração nomeia e constitui seu bastante procurador e advogado devidamente qualificado acima, com a cláusula "**AD JUDICIA ET EXTRA**", para, agindo, representá-lo (a) perante repartições públicas e qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado, a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-la nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe também, poderes especiais para confessar, transigir, variar, desistir, **fazer acordos**, receber e dar quitações, requerer o que convier, firmar compromissos, assinar termos, receber citações, notificações, intimações e alvará judicial, representar o (a) outorgante em audiências, perante os juízos deprecante e deprecado e em qualquer instância, declarar situação de hipossuficiência financeira, a fim de obter gratuidade de justiça, podendo substabelecer o presente mandato com ou sem reservas de poderes, praticando, enfim, tudo o mais que se tornar necessário à defesa do (a) outorgante e ao bom e fiel cumprimento do presente mandato.

Teresina-PI, 25 de março de 2020.

OUTORGANTE: Francisco Liodoro da Silva Junior

Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina – PI – CEP 64000-120
telefones: (86) 994643330/ 994523253
E-mail: alexandreramonadvocacia@hotmail.com



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

DECLARANTE: <u>FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR</u>	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	FONES:
PROFISSÃO: MECÂNICO	ESTADO CIVIL: CASADO
RG: nº 41.785.249-6 SSP-PI	CPF: 342.754.518-05
ENDEREÇO: Localidade Retiro, S/N, Bairro: Zona Rural, CEP: 64.380-000, Beneditinos-PI.	
E-MAIL:	

Eu, acima qualificado, declaro para os devidos fins, que sou pobre na forma da Lei, não tendo condições de arcar com despesas processuais e honorários de advogado, sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, que por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Teresina-PI, 25 de março de 2020.

Francisco Liodoro da Silva Junior

DECLARANTE

