



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
9263103	15/04/2020 12:36	Despacho	Despacho
9101451	02/04/2020 14:34	Certidão	Certidão
8986954	26/03/2020 01:39	Petição	Petição
8986955	26/03/2020 01:39	INICIAL	Petição
8986956	26/03/2020 01:39	PROCURAÇÃO E DECLARAÇÃO	Procuração
8986959	26/03/2020 01:39	RG, CPF, END, PEDIDO SEGURO E CERTIDÃO ACIDENTE	Documentos
8986957	26/03/2020 01:39	COMP PAG	Documentos
8986958	26/03/2020 01:39	PRONTUÁRIO MÉDICO E LAUDOS	Documentos
8985266	26/03/2020 01:39	Petição Inicial	Petição Inicial
8985267	26/03/2020 01:39	INICIAL	Petição
8985268	26/03/2020 01:39	RG, CPF, END, PEDIDO SEGURO E CERTIDÃO ACIDENTE	Documentos
8985269	26/03/2020 01:39	COMP PAG	Documentos
8985270	26/03/2020 01:39	PRONTUÁRIO MÉDICO E LAUDOS	Documentos
8986952	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



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.





ALEXANDRE RAMON
ADVOCACIA ESPECIALIZADA

MM. JUÍZO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE BENEDITINOS-PI

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



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: alexandreronadvocacia@hotmail.com





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: alexandreronadadvocacia@hotmail.com





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: alexandreronadadvocacia@hotmail.com





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





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: alexandreronadadvocacia@hotmail.com





ALEXANDRE RAMON
ADVOCACIA ESPECIALIZADA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR	
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, Beditinos-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: alexandreronadadvocacia@hotmail.com





ALEXANDRE RAMON
ADVOCACIA ESPECIALIZADA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

DECLARANTE: FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR	
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

Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina - PI - CEP 64000-120
telefones: (86) 994643330/ 994523253

E-mail: alexandreramonadvocacia@hotmail.com







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

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

1623953-9

Nº da Nota Fiscal 29929753

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

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

CONGREGAÇÃO CRISTA NO BRASIL
LC RETIRO S/N - B-RURAL
CNPJ: 006652911000180

CPF: 00.389.020 - BENEDITINOS

ROT: 110.053.10.82.344650

DADOS DA LEITURA		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 Medido:	49	Emissão:	12/11/2019
Consumo Faturado:	49	Apresentação:	13/11/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	30
Código de Irregularidade:	FCAM*		

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

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
OUT/19 44	CONSUMO 49 A R\$ 0,893497 = 43,78
SET/19 40	CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSIP) 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	
FEV/19 46	
JAN/19 47	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
U A 49 - 0,641875

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 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 pelas datas de vencimento de sua fatura até o dia 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, antes em contato por meio dos nossos canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ 1681.620A - B59F - E65E - 7440D - 2020

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

Distribuição:	9,21	Base de Cálculo:	43,78	34,14
Energia:	17,78	Alíquota ICMS:	22,00%	
Transmissão:	3,00	Valor do ICMS:		9,63
Encargos:	1,47	Valor do PIS:	1,40%	0,48
Tributos:		Valor do COFINS:		2,21

12,3% INDICADORES DE CONTINUIDADE 6,49%

DIC			FIC			DMIC	DICRI
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal

Limite	6,87	15,74	27,48	3,99	7,98	15,96	3,97
Realizado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Conjunto	ALTOS	Período de apuração:	09/2019	EUSD:	14,16
----------	-------	----------------------	---------	-------	-------

ROT: 110.053.10.82.344650

SEU CODIGO

TOTAL A PAGAR - R\$



1623953-9

48,49

ENERGIA

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

11/2019

20/11/2019

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

Nº da Nota Fiscal: 29929753 - CAM*

83600000000 7 48490017000 8 0000000623 8 95391110008 0



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





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: 34275451805 4 - Nome completo da vítima: Francisco Lidoiro 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: Francisco Lidoiro da Silva Junior 6 - CPF: 34275451805

7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: LC R. Ruiro Beneditinos 510 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: B-Rural 12 - Cidade: Teresina de São Paulo 13 - Estado: 14 - CEP: 64.380-000

15 - E-mail: Beneditinos 16 - Tel.(DDD): 186 99905-4024

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1989 CONTA: 83622 5 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)? ☐ 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina 19/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

02/2019





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



CERTIDÃO

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.	

HISTORICO

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, RENAVAL 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 desviasse 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

Alexsandro 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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





NOME DO PACIENTE: Francisco Loiodoro da Silva Junior
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

DADOS DO PACIENTE:

(User: LAO TSE)
(Estação: GESS002)

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
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
Motivo da Procura:	DOR MEMBROS SUPERIORES			Convênio:	S U S
Acid. Trab.:	Não	Trajetos?:	Não	Típico:	Não
CID Secundário:					

DADOS CLÍNICOS:

Transtorno em membro superior direito
em RX
Por + edema membro superior direito / Percurso OK

PA	X	mmHg	Pulso:		FC:		bpm	Temp.:	
----	---	------	--------	--	-----	--	-----	--------	--

Diagnóstico Inicial: *Edema 1º Membro superior superior direito* CID: *16/08/19*

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

cd = Toda semana
Tratamento com fisioterapia

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

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE





Prefeitura Municipal de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

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 URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		
PACIENTE: FRANCISCO LIDORO 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:			
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)

233593

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:	RM 07, NUMERO 3285 - SANTO ANTONIO - CEP: 64069-990						
Munic:	TERESINA	17-Cod. IBGE:	221100	18-UF:	PI	19-CEP:	64069-990

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

<p>20 - <u>Principais sinais e sintomas clínicos:</u></p> <p>TRAUMA EM MÃO D A 01 DIA COM DOR E EDEMA PERFUSÃO OK FRATURA DE 1° MTC DE MÃO D</p>			
<p>21 - <u>Condições que justificam a internação:</u></p> <p>TRATAMENTO CIRURGICO</p>			
<p>22 - <u>Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):</u></p> <p>RX</p>			
<p>23-<u>Diagnóstico Inicial:</u></p> <p>Fraturas múltiplas de ossos metacarpianos</p>		<p>24-CID Prim:</p> <p>S624</p>	<p>25-CID Sec.:</p> <p>26-CID C.Ass.:</p>

PROCEDIMIENTO SOLICITADO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:		47 - Data Autorização:	
48 - Documento:		49 - Num. Documento:	
() CNS () CPF		50 - Assinatura (se Conselho):	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:		52 - Assinatura (se Conselho):	



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

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 34275451805	CPF 8695274504	TELEFONE 8695274504	NOME DA MÃE MARIA SOCORRO OLIVEIRA	RESPONSÁVEL FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR
CEP KM7	ENDEREÇO - LOGRADOURO KM7	NUMERO / LOTE 3285		
BAIRRO SANTO ANTONIO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS
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.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
EXAME FISICO, RAO X

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0408020377 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESAO FISARIA DOS METACARPÍANOS

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) LAOTSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA CPF: 74663593372
--	---

CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 16/08/2019	LAOTSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA CPF: 74663593372	CRM:
DATA ADMISSÃO 16/08/2019 15:04	DATA ALTA 18/08/2019 09:00	MOTIVO ALTA ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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	CRM:	DATA ANALISE: 16/08/2019 17:25:09	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA CPF	CRM	DATA ANALISE
---	-------------	--	---	------------	---------------------

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. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ASMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	TOTAL DE DOSES				
1	2	1. FNT 100ug/60				
2	3	2. MDZ 3mg/5				
3		3. Propofol 30mg/5				
4		4. Etomidato 2mg/5				
5		5. Dipiridamol 2mg/5				
6		6. Bextra 40mg/5				
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 SANGUE 400 OUTROS 100	SEQUÊNCIA				
TEMPERATURA T	Cº	1				
P. ARTERIAL V O PULSO	38	2				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		3				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		4				
RESPIRAÇÃO O		5				
SÍMBOLOS		DURAÇÃO				
TÉCNICAS		INCIDENTE - ACIDENTE				
OPERAÇÕES		?				
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
PARITICULARIDADES						

MOD 76 - HUT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

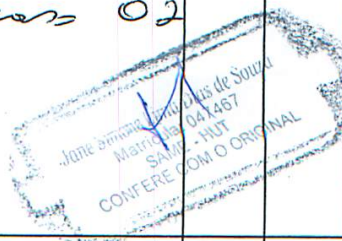
BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 17/08/19

NOME DO PACIENTE:	<u>Francisco Lino de Silva</u>	PROTÓTIPO Nº:	<u>519941</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Frnt. F. Mitocondria</u>	CIRURGIA:	
ANESTESIA:	<u>Milne</u>	Nº DA SALA:	<u>02</u>
CIRURGIÃO:	<u>Chagas</u>	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	<u>Rafael Local + Sedação</u>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Viana</u>	CPF Nº:	

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 Nº <u>715 x 8,0</u>	PAR	<u>03</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº _____	PAR	<u>-</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>04</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>100</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>100</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- GOTA	UNID.	<u>03</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>02</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>10</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>-</u>	
ESCALPE Nº	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 Nº	UNID.	<u>-</u>		<u>Crepom</u>		<u>03</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG	<u>/</u>			<u>Enxoval 02</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.	<u>/</u>						
CAT. GUT. CROMADO C/AG	<u>/</u>						
CAT. GUT. CROMADO S/AG	<u>/</u>						
ALCOFIL	<u>/</u>						
MONONYLON	<u>/</u>						
FITA UMBILICAL	<u>/</u>			ENFERMARIA:			
VICRYL	<u>/</u>			CIRCULANTE:	<u>Vandetha</u>		
PROLENE	<u>/</u>						





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



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
Díálise / Hemodíálise		Procedimento fora da faixa etária
Albumina Humana 20%	*	Fio K

HOSPITAL: MUT CNPJ: _____
PACIENTE: Francisco Liodoro da Silva Nº AIH: _____
PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____
MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM: _____ CPF: _____

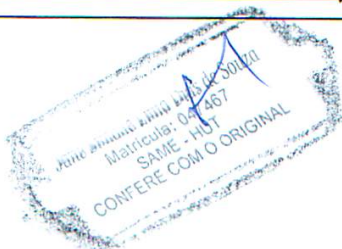
JUSTIFICATIVA

Ofício liberado

DATA: 27/08/19

*Dr. Flávia das Chagas
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3929*
Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR



DATA: 12/08/19

*José de Ribamar Santos Filho
Assessor de Auditoria - DRCAA/FMS
CRM - PI: 1808 - CPF: 373.266.453-00
CNS 170600533260002*
Assinatura do Médico Solicitante

001 - HUT



PRESCRIÇÃO MÉDICA



[illegible]

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

UR1

NOME Francisco Queiroz da Silva Junior IDADE 36 anos DATA 17/08/2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 10 hs 39 min TIPO DE ANESTESIA() GERAL() RAQUE ☒ BLOQUEIO() PERIDURAL ☒ SEDUÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Furo + Quindactileno CIRURGIÃO Chagas

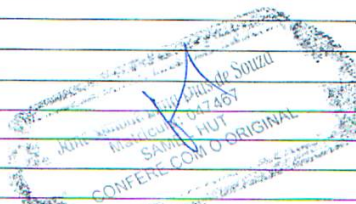
SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>133 x 58 mmHg</u>	<u>138 x 54</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>61 bpm</u>	<u>60</u>
SATURACÃO DE O ₂ (%)	<u>98%</u>	<u>100</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA		

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR						
Movimenta os quatro membros	2		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Movimenta dois membros	1		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0		0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO						
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Tem apnéia	0		0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO						
PA em 20% do nível pré-anestésico	2		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
PA em 20-49% do nível anestésico	1		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
PA em 50% do nível pré-anestésico	0		0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA						
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Desperta, se solicitado	1		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Não responde	0		0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURACÃO O ₂						
É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2		2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1		1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0		0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO						TOTAL
ESCALA DE DOR ALTA						ASS.

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasog() Nasoe
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Admitido na RPA no 1º de pré-anestesia de dois membros B. 2º de pré-anestesia local e medicação. Consciente. Respirando espontaneamente. Bom estado geral. Furo + Quindactileno 1/19/19



DATA 17/08/19 HORA 10:39
 TÉCNICO Chagas

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Hemodiluição, oxigênio, morfina, aspirina e quindactileno

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO ☒ IMAGENS E GRÁFICOS []

[] [] [] [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ORT [] NEU [] CIR [] MÉD





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

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

COPILADOR

Atendimento:	Prontuário:	Paciente:	Dt. Nasc.:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
245297	51941	FRANCISCO LIDORO DA SILVA JUNIOR	03/07/1983	POSTO 2	SUPLEMENTAR	EXTRA 06	AGNELO SAMPELO CASTELO BRANCO
Evolução:		Alergias:		Diagnóstico/Comorbidades:			
Hora:							

Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo LIVRE,								
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h				
2	TENOXICAM 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	RANTIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.	50,00	mg	EV	12/12h				

Observações Gerais: CUIDADOS GERAIS

EXAMES



Dr. Agnello Sampele Castelo Branco
Médico Assistente
CRM-P: 224.150.11393

Dr. Agnello Sampele Castelo Branco
Médico Assistente
CRM-P: 224.150.11393

14/08

EVOLUÇÃO/ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE RISCO



NOME: Francisco de Lacerda da Silva Junior PRONTUÁRIO: 519941 IDADE: 36 ENFERMARIA/LEITO: 02/236001

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

DATA: 16/08/2019

SINAIS VITAIS						ENTRADAS			SAÍDAS		
HORA	T	P	R	PA	SAT. O ₂	GLIC. CAP.	HV	HEMO	SONDA/ ORAL	DIURESE	DRENO
12											
18		65		110/80							
20		58	-	130/70.							
24											
06		59	-	120/70.							

ESCALA DE BRADEN:

PONTOS: CONTROLE:

MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X"

<p>• PERCEPÇÃO SENSORIAL (Limitação):</p> <p>1- Totalmente/ 2- Muito/ 3- Levemente/ 4- Nenhuma</p> <p>• UNIDADE (Molhado):</p> <p>1- Completamente/ 2- Muito/ 3- Ocasionalmente/ 4- Raramente</p> <p>• ATIVIDADE:</p> <p>1- Acamado/ 2- Cadeira rodas/ 3- Andar/ 4- Caminhar/ 5- Andar com auxílio/ 6- Andar sozinho</p> <p>• MOBILIDADE (Limitação):</p> <p>1- Totalmente/ 2- Muito/ 3- Levemente/ 4- Nenhuma</p> <p>• NUTRIÇÃO:</p> <p>1- Muito pobre/ 2- Inadequada/ 3- Adequada/ 4- Excelente</p> <p>• FRICÇÃO E CISCALHAMENTO:</p> <p>1- Problema/ 2- Problema Potencial/ 3- Nenhum Problema</p> <p>TOTAL:</p>	<p>ALTO RISCO</p> <p>AR: <12</p> <p>MÉDIO RISCO</p> <p>MR: 12 a 14</p> <p>BAIXO RISCO</p> <p>BR: > 14</p>	
---	---	--

ESCALA DE MORSE - RISCO DE QUEDA:

PONTOS: CONTROLE:

<p>1. HISTÓRICO DE QUEDAS: SIM - 25/ NÃO - 0</p> <p>2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SIM - 15/ NÃO - 0</p> <p>3. AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO:</p> <p>Mobilidade/ Parado - 30/ Mobilidade/ Andar - 15/ Nenhum/ Acamado/ Andar/ Profissional/ Saúde - 0</p> <p>4. TERAPIA ENDÓGENA: SIM - 20/ NÃO - 0</p> <p>5. MARCA:</p> <p>Comprometida/ cambaleante - 30/ Fraca - 15/ Normal/ Semdeambulação, acamado, cadeira de rodas - 0</p> <p>6. ESTADO MENTAL:</p> <p>Superestimacão/ Esquecimento/ 15/ Orientado/ Capacitamento a autocuidado/ Limitação - 0</p> <p>TOTAL:</p>	<p>SEM RISCO</p> <p>SR: 0-24</p> <p>BAIXO RISCO</p> <p>BR: 25-50</p> <p>ALTO RISCO</p> <p>AR: > 51</p>	<p>CLASSIFICAÇÃO:</p>
--	---	-----------------------

EVOLUÇÃO/ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

- Estado Mental: () Consciente () Orientado () Torporoso Glasgow: _____
- Locomoção: () Deambula () Acamado () Restrito ao leito por orientação () Paratética () Plegia () Hemiparesia () Déficit Motor
- Respiração: () Eupnéico () Dispneico () Taquipnéico () TQT () Sem O₂ () Como O₂: _____
- Sistema Cardiovascular: () BNR () BNF () BT () Normocárdico () Taquicárdico () Bradicárdico () Outros: _____
- Dieta: () VO () SNE/SNG () SOE/SOG () GTT () NPT () Dieta zero () Boa aceitação/ Aceita Parcialmente () Não aceita ()
- Abdômen: () Plano () Globoso () Distendido () Flácido () Rígido/ Tenso () Timpânico () Doloroso () Indolor () Outros: _____
- Pele e mucosas: () Normocrorado () Hipocrorado () Ictérico () Integro () Edema/ Anasarca () Hidratado () Lesões/ Bolhas () Escoriações () LPPs
- Hidratação: () JAVP () JAVC () Outros: _____
- Drenos: () Suctor () Torácico () DVE () Kher () Penrose () Outros: _____
- Diurese: () Espontânea () Dispositivo Urinário () SVD () Anúria () Normal () Reduzida () Hematúria () Outros: _____
- Evacuações: () Presentes () Constipado () Diarréia () Melena () Colostomia () Ileostomia () Outros: _____
- Alergias () Não () Sim- Quais: _____

**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

Page: 1 de 1

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: S U S 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 íntegros.
- Imobilização gessada.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 23/08/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **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: S U S

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 íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 22/08/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



INICIAL ANEXA.





ALEXANDRE RAMON
ADVOCACIA ESPECIALIZADA

MM. JUÍZO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE BENEDITINOS-PI

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



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: alexandreronadvocacia@hotmail.com





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 seqüela 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: alexandreronadvocacia@hotmail.com





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: alexandreronadadvocacia@hotmail.com





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





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: alexandreronadadvocacia@hotmail.com







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

Para contato
consulte, informe
esse NÚMERO!!

1623953-9

Nº da Nota Fiscal 29929753

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

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

CONGREGAÇÃO CRISTA NO BRASIL
LC RETIRO S/N - B-RURAL
CNPJ: 006652911000180

CPF: 00.389.020 - BENEDITINOS

ROT: 110.053.12.344650

DADOS DA LEITURA	DATA 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 Medido: 49	Emissão: 12/11/2019
Consumo Faturado: 49	Apresentação: 13/11/2019
Forma de Faturamento: NORMAL	Dias de Consumo: 30
Código de Irregularidade:	

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

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
OUT/19 44	CONSUMO 49 A R\$ 0,893497 = 43,78
SET/19 40	CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSIP) 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	
FEV/19 46	
JAN/19 47	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
U A 49 - 0,641875

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 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.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ 1681.620A - B59F - E65E - 740D - 2020

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 9,21	Base de Cálculo: 43,78
Energia: 17,78	Alíquota ICMS: 22,00%
Transmissão: 3,00	Valor do ICMS: 9,63
Encargos: 1,47	Valor do PIS: 0,48
Tributos: 1,47	Valor do COFINS: 2,21

	DIC			FIG			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite								
Realizado	6,87	13,74	27,48	3,99	7,98	15,96	3,97	
Conjunta	0,00			0,00			0,00	
ALTOS				Período de apuração:		09.2019	EURO: 14.10	

ALTOS

ROT: 110.053.12.344650

SEU CODIGO

TOTAL A PAGAR - R\$



1623953-9

48,49

ENERGIA

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

11/2019

20/11/2019

Nº da Nota Fiscal: 29929753

=CAM*

83600000000 7 48490017000 8 0000000623 8 95391110008 0



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





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: 34275451805 4 - Nome completo da vítima: Francisco Lidoiro 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: Francisco Lidoiro da Silva Junior 6 - CPF: 34275451805

7 - Profissão: Recurso 8 - Endereço: LC R. Ruiro Beneditinos 510 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: B-Rural 12 - Cidade: Teresina de São Paulo 13 - Estado: 14 - CEP: 64.380-000

15 - E-mail: Beneditinos 16 - Tel.(DDD): 186 99905-4024

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1989 CONTA: 83622 5 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)? ☐ 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina 19/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

02/2019





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



CERTIDÃO

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.	

HISTORICO

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, RENAVAL 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 desviasse 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

Alexsandro 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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





NOME DO PACIENTE: Francisco Loiodoro da Silva Junior
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

DADOS DO PACIENTE:

(User: LAO TSE)
(Estação: GESS002)

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
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		
Motivo da Procura:	DOR MEMBROS SUPERIORES				Convênio:	S U S	
Acid. Trab.:	Não	Trajetos?:	Não	Típico:	Não	CID Secundário:	

DADOS CLÍNICOS:

Transtorno em membro superior direito
em RX
Dor + edema membro superior direito / Pergunto OK

PA ☒ mmHg Pulso: ☐ bpm FC: ☐ bpm Temp.: ☐

Diagnóstico Inicial: Edema 1º Membro superior direito CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Edema 1º Membro superior direito
16/08/19
Edema 1º Membro superior direito
Transtorno em membro superior direito

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

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE





Prefeitura Municipal de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

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 URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		
PACIENTE: FRANCISCO LIDORO 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:			
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)

233593

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				
Munic: TERESINA	17-Cod. IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64069-990	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

<p>20 - Principais sinais e sintomas clínicos:</p> <p>TRAUMA EM MÃO D A 01 DIA COM DOR E EDEMA PERFUSÃO OK FRATURA DE 1° MTC DE MÃO D</p>			
<p>21 - Condições que justificam a internação:</p> <p>TRATAMENTO CIRURGICO</p>			
<p>22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):</p> <p>RX</p>			
<p>23-Diagnóstico Inicial:</p> <p>Fraturas múltiplas de ossos metacarpianos</p>		<p>24-CID Prim:</p> <p>S624</p>	<p>25-CID Sec.:</p> <p>26-CID C.Ass.:</p>

PROCEDIMIENTO SOLICITADO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:		47 - Data Autorização:	
48 - Documento:	49 - Num. Documento:	50 - Assinatura do Profissional Autorizador:	
() CNS () CPF		51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	



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

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 34275451805	CPF 8695274504	TELEFONE 8695274504	NOME DA MÃE MARIA SOCORRO OLIVEIRA	RESPONSÁVEL FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR
CEP KM7	ENDEREÇO - LOGRADOURO KM7	NUMERO / LOTE 3285		
BAIRRO SANTO ANTONIO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS
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.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
EXAME FISICO, RAO X

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0408020377 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO FISARIA DOS METACARPÍANOS

LEITO/CLÍNICA ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) LAOTSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA CPF: 74663593372
--	---

CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 16/08/2019	LAOTSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA CPF: 74663593372	CRM:
DATA ADMISSÃO 16/08/2019 15:04	DATA ALTA 18/08/2019 09:00	MOTIVO ALTA ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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	CRM:	DATA ANALISE: 16/08/2019 17:25:09	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA CPF	CRM	DATA ANALISE
---	-------------	--	---	------------	---------------------

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. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ASMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	TOTAL DE DOSES				
1	2	1. FNT 100ug/60				
3	3	2. MDZ 3mg/5				
LÍQUIDOS	SO-UTO 500	3. Propofol 30mg/5				
	SANGUE 400	4. Etomidato 2mg/5				
	200	5. Dipiridamol 2mg/5				
	OUTROS 100	6. Bextra 40mg/5				
TEMPERATURA T	Cº	SEQUÊNCIA				
	38	1				
P. ARTERIAL V O PULSO	2	2				
	200	3				
	180	4				
	160	5				
	140	6				
	120	7				
	100	8				
	80	9				
	60	10				
	40	11				
	20	12				
	10	13				
		14				
		15				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		DURAÇÃO				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS		INCIDENTE - ACIDENTE				
TÉCNICAS		?				
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
PARITICULARIDADES						

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 Ligeiro da Silva		
Diagnóstico pré-operatório	fratura de pulgar		
Operação - Tipo	fixação de fratura de pulgar		
Cirurgião	Ortopedia e Traumatologia Cláudio Chagas B. Sousa CRM-PI 3920	1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Viana	Anestesista	Milena
Anestésico(a)		Anestesia	Rogério + Sedação

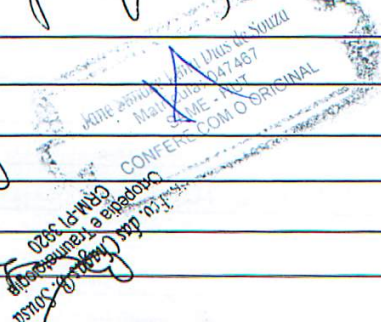
Data da Operação	27/08/19	Início		Fim	
Diagnóstico Pós-operatório	ferido limpo				

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

fratura de pulgar
fratura de pulgar
fratura de pulgar
fratura de pulgar
fratura de pulgar



Mod. 76 HUT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 17/08/19

NOME DO PACIENTE:	<u>Francisco Lázaro da Silva</u>	PROTÓTIPO Nº:	<u>519941</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Frnt. Fístula Mitocárdica</u>	CIRURGIA:	
ANESTESIA:	<u>Maline</u>	Nº DA SALA:	<u>02</u>
CIRURGIÃO:	<u>Chagas</u>	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	<u>Rafael Local + Sedação</u>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Viana</u>	CPF Nº:	

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 Nº <u>715 x 8,0</u>	PAR	<u>03</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº _____	PAR	<u>-</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.	<u>01</u>		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>04</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>100</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>100</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- GOTA	UNID.	<u>03</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>02</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>10</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>-</u>	
ESCALPE Nº	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 Nº	UNID.	<u>-</u>		<u>Crepom</u>		<u>03</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG	<u>/</u>			<u>Enxoval 02</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.	<u>/</u>						
CAT. GUT. CROMADO C/AG	<u>/</u>						
CAT. GUT. CROMADO S/AG	<u>/</u>						
ALCOFIL	<u>/</u>						
MONONYLON	<u>/</u>						
FITA UMBILICAL	<u>/</u>			ENFERMARIA:			
VICRYL	<u>/</u>			CIRCULANTE:	<u>Vandetha</u>		
PROLENE	<u>/</u>						





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



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
Díálise / Hemodíálise		Procedimento fora da faixa etária
Albumina Humana 20%	*	Fio K

HOSPITAL: MUT CNPJ: _____
PACIENTE: Francisco Liodoro da Silva Nº AIH: _____
PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____
MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM: _____ CPF: _____

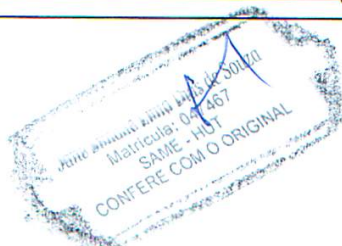
JUSTIFICATIVA

Ofício liberado

DATA: 27/08/19

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR



DATA: 12/08/19

Assinatura do Médico Solicitante

001 - HUT



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

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

UR1

NOME Francisco Queiroz da Silva Junior IDADE 36 anos DATA 17/08/2019HORÁRIO DE ADMISSÃO 10 hs 39 min TIPO DE ANESTESIA() GERAL() RAQUE ☒ BLOQUEIO() PERIDURAL ☒ SEDUÇÃOCIRURGIA REALIZADA Furo + QuindactilenoCIRURGIÃO Chagas

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>133 x 58 mmHg</u>	<u>138 x 54</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>61 bpm</u>	<u>60</u>
SATURACÃO DE O ₂ (%)	<u>98%</u>	<u>100</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA		

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK		ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR					
Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Movimenta dois membros	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO					
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO					
PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA					
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURACÃO O ₂					
É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL			
ESCALA DE DOR ALTA		ASS.			

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasog() Nasoe
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Admitido na RPA no 1º de pré-anestesia de dois membros. 15. 20. 25. 30. 35. 40. 45. 50. 55. 60. 65. 70. 75. 80. 85. 90. 95. 100. 105. 110. 115. 120. 125. 130. 135. 140. 145. 150. 155. 160. 165. 170. 175. 180. 185. 190. 195. 200. 205. 210. 215. 220. 225. 230. 235. 240. 245. 250. 255. 260. 265. 270. 275. 280. 285. 290. 295. 300. 305. 310. 315. 320. 325. 330. 335. 340. 345. 350. 355. 360. 365. 370. 375. 380. 385. 390. 395. 400. 405. 410. 415. 420. 425. 430. 435. 440. 445. 450. 455. 460. 465. 470. 475. 480. 485. 490. 495. 500. 505. 510. 515. 520. 525. 530. 535. 540. 545. 550. 555. 560. 565. 570. 575. 580. 585. 590. 595. 600. 605. 610. 615. 620. 625. 630. 635. 640. 645. 650. 655. 660. 665. 670. 675. 680. 685. 690. 695. 700. 705. 710. 715. 720. 725. 730. 735. 740. 745. 750. 755. 760. 765. 770. 775. 780. 785. 790. 795. 800. 805. 810. 815. 820. 825. 830. 835. 840. 845. 850. 855. 860. 865. 870. 875. 880. 885. 890. 895. 900. 905. 910. 915. 920. 925. 930. 935. 940. 945. 950. 955. 960. 965. 970. 975. 980. 985. 990. 995. 1000. 1005. 1010. 1015. 1020. 1025. 1030. 1035. 1040. 1045. 1050. 1055. 1060. 1065. 1070. 1075. 1080. 1085. 1090. 1095. 1100. 1105. 1110. 1115. 1120. 1125. 1130. 1135. 1140. 1145. 1150. 1155. 1160. 1165. 1170. 1175. 1180. 1185. 1190. 1195. 1200. 1205. 1210. 1215. 1220. 1225. 1230. 1235. 1240. 1245. 1250. 1255. 1260. 1265. 1270. 1275. 1280. 1285. 1290. 1295. 1300. 1305. 1310. 1315. 1320. 1325. 1330. 1335. 1340. 1345. 1350. 1355. 1360. 1365. 1370. 1375. 1380. 1385. 1390. 1395. 1400. 1405. 1410. 1415. 1420. 1425. 1430. 1435. 1440. 1445. 1450. 1455. 1460. 1465. 1470. 1475. 1480. 1485. 1490. 1495. 1500. 1505. 1510. 1515. 1520. 1525. 1530. 1535. 1540. 1545. 1550. 1555. 1560. 1565. 1570. 1575. 1580. 1585. 1590. 1595. 1600. 1605. 1610. 1615. 1620. 1625. 1630. 1635. 1640. 1645. 1650. 1655. 1660. 1665. 1670. 1675. 1680. 1685. 1690. 1695. 1700. 1705. 1710. 1715. 1720. 1725. 1730. 1735. 1740. 1745. 1750. 1755. 1760. 1765. 1770. 1775. 1780. 1785. 1790. 1795. 1800. 1805. 1810. 1815. 1820. 1825. 1830. 1835. 1840. 1845. 1850. 1855. 1860. 1865. 1870. 1875. 1880. 1885. 1890. 1895. 1900. 1905. 1910. 1915. 1920. 1925. 1930. 1935. 1940. 1945. 1950. 1955. 1960. 1965. 1970. 1975. 1980. 1985. 1990. 1995. 2000. 2005. 2010. 2015. 2020. 2025. 2030. 2035. 2040. 2045. 2050. 2055. 2060. 2065. 2070. 2075. 2080. 2085. 2090. 2095. 2100. 2105. 2110. 2115. 2120. 2125. 2130. 2135. 2140. 2145. 2150. 2155. 2160. 2165. 2170. 2175. 2180. 2185. 2190. 2195. 2200. 2205. 2210. 2215. 2220. 2225. 2230. 2235. 2240. 2245. 2250. 2255. 2260. 2265. 2270. 2275. 2280. 2285. 2290. 2295. 2300. 2305. 2310. 2315. 2320. 2325. 2330. 2335. 2340. 2345. 2350. 2355. 2360. 2365. 2370. 2375. 2380. 2385. 2390. 2395. 2400. 2405. 2410. 2415. 2420. 2425. 2430. 2435. 2440. 2445. 2450. 2455. 2460. 2465. 2470. 2475. 2480. 2485. 2490. 2495. 2500. 2505. 2510. 2515. 2520. 2525. 2530. 2535. 2540. 2545. 2550. 2555. 2560. 2565. 2570. 2575. 2580. 2585. 2590. 2595. 2600. 2605. 2610. 2615. 2620. 2625. 2630. 2635. 2640. 2645. 2650. 2655. 2660. 2665. 2670. 2675. 2680. 2685. 2690. 2695. 2700. 2705. 2710. 2715. 2720. 2725. 2730. 2735. 2740. 2745. 2750. 2755. 2760. 2765. 2770. 2775. 2780. 2785. 2790. 2795. 2800. 2805. 2810. 2815. 2820. 2825. 2830. 2835. 2840. 2845. 2850. 2855. 2860. 2865. 2870. 2875. 2880. 2885. 2890. 2895. 2900. 2905. 2910. 2915. 2920. 2925. 2930. 2935. 2940. 2945. 2950. 2955. 2960. 2965. 2970. 2975. 2980. 2985. 2990. 2995. 3000. 3005. 3010. 3015. 3020. 3025. 3030. 3035. 3040. 3045. 3050. 3055. 3060. 3065. 3070. 3075. 3080. 3085. 3090. 3095. 3100. 3105. 3110. 3115. 3120. 3125. 3130. 3135. 3140. 3145. 3150. 3155. 3160. 3165. 3170. 3175. 3180. 3185. 3190. 3195. 3200. 3205. 3210. 3215. 3220. 3225. 3230. 3235. 3240. 3245. 3250. 3255. 3260. 3265. 3270. 3275. 3280. 3285. 3290. 3295. 3300. 3305. 3310. 3315. 3320. 3325. 3330. 3335. 3340. 3345. 3350. 3355. 3360. 3365. 3370. 3375. 3380. 3385. 3390. 3395. 3400. 3405. 3410. 3415. 3420. 3425. 3430. 3435. 3440. 3445. 3450. 3455. 3460. 3465. 3470. 3475. 3480. 3485. 3490. 3495. 3500. 3505. 3510. 3515. 3520. 3525. 3530. 3535. 3540. 3545. 3550. 3555. 3560. 3565. 3570. 3575. 3580. 3585. 3590. 3595. 3600. 3605. 3610. 3615. 3620. 3625. 3630. 3635. 3640. 3645. 3650. 3655. 3660. 3665. 3670. 3675. 3680. 3685. 3690. 3695. 3700. 3705. 3710. 3715. 3720. 3725. 3730. 3735. 3740. 3745. 3750. 3755. 3760. 3765. 3770. 3775. 3780. 3785. 3790. 3795. 3800. 3805. 3810. 3815. 3820. 3825. 3830. 3835. 3840. 3845. 3850. 3855. 3860. 3865. 3870. 3875. 3880. 3885. 3890. 3895. 3900. 3905. 3910. 3915. 3920. 3925. 3930. 3935. 3940. 3945. 3950. 3955. 3960. 3965. 3970. 3975. 3980. 3985. 3990. 3995. 4000. 4005. 4010. 4015. 4020. 4025. 4030. 4035. 4040. 4045. 4050. 4055. 4060. 4065. 4070. 4075. 4080. 4085. 4090. 4095. 4100. 4105. 4110. 4115. 4120. 4125. 4130. 4135. 4140. 4145. 4150. 4155. 4160. 4165. 4170. 4175. 4180. 4185. 4190. 4195. 4200. 4205. 4210. 4215. 4220. 4225. 4230. 4235. 4240. 4245. 4250. 4255. 4260. 4265. 4270. 4275. 4280. 4285. 4290. 4295. 4300. 4305. 4310. 4315. 4320. 4325. 4330. 4335. 4340. 4345. 4350. 4355. 4360. 4365. 4370. 4375. 4380. 4385. 4390. 4395. 4400. 4405. 4410. 4415. 4420. 4425. 4430. 4435. 4440. 4445. 4450. 4455. 4460. 4465. 4470. 4475. 4480. 4485. 4490. 4495. 4500. 4505. 4510. 4515. 4520. 4525. 4530. 4535. 4540. 4545. 4550. 4555. 4560. 4565. 4570. 4575. 4580. 4585. 4590. 4595. 4600. 4605. 4610. 4615. 4620. 4625. 4630. 4635. 4640. 4645. 4650. 4655. 4660. 4665. 4670. 4675. 4680. 4685. 4690. 4695. 4700. 4705. 4710. 4715. 4720. 4725. 4730. 4735. 4740. 4745. 4750. 4755. 4760. 4765. 4770. 4775. 4780. 4785. 4790. 4795. 4800. 4805. 4810. 4815. 4820. 4825. 4830. 4835. 4840. 4845. 4850. 4855. 4860. 4865. 4870. 4875. 4880. 4885. 4890. 4895. 4900. 4905. 4910. 4915. 4920. 4925. 4930. 4935. 4940. 4945. 4950. 4955. 4960. 4965. 4970. 4975. 4980. 4985. 4990. 4995. 5000. 5005. 5010. 5015. 5020. 5025. 5030. 5035. 5040. 5045. 5050. 5055. 5060. 5065. 5070. 5075. 5080. 5085. 5090. 5095. 5100. 5105. 5110. 5115. 5120. 5125. 5130. 5135. 5140. 5145. 5150. 5155. 5160. 5165. 5170. 5175. 5180. 5185. 5190. 5195. 5200. 5205. 5210. 5215. 5220. 5225. 5230. 5235. 5240. 5245. 5250. 5255. 5260. 5265. 5270. 5275. 5280. 5285. 5290. 5295. 5300. 5305. 5310. 5315. 5320. 5325. 5330. 5335. 5340. 5345. 5350. 5355. 5360. 5365. 5370. 5375. 5380. 5385. 5390. 5395. 5400. 5405. 5410. 5415. 5420. 5425. 5430. 5435. 5440. 5445. 5450. 5455. 5460. 5465. 5470. 5475. 5480. 5485. 5490. 5495. 5500. 5505. 5510. 5515. 5520. 5525. 5530. 5535. 5540. 5545. 5550. 5555. 5560. 5565. 5570. 5575. 5580. 5585. 5590. 5595. 5600. 5605. 5610. 5615. 5620. 5625. 5630. 5635. 5640. 5645. 5650. 5655. 5660. 5665. 5670. 5675. 5680. 5685. 5690. 5695. 5700. 5705. 5710. 5715. 5720. 5725. 5730. 5735. 5740. 5745. 5750. 5755. 5760. 5765. 5770. 5775. 5780. 5785. 5790. 5795. 5800. 5805. 5810. 5815. 5820. 5825. 5830. 5835. 5840. 5845. 5850. 5855. 5860. 5865. 5870. 5875. 5880. 5885. 5890. 5895. 5900. 5905. 5910. 5915. 5920. 5925. 5930. 5935. 5940. 5945. 5950. 5955. 5960. 5965. 5970. 5975. 5980. 5985. 5990. 5995. 6000. 6005. 6010. 6015. 6020. 6025. 6030. 6035. 6040. 6045. 6050. 6055. 6060. 6065. 6070. 6075. 6080. 6085. 6090. 6095. 6100. 6105. 6110. 6115. 6120. 6125. 6130. 6135. 6140. 6145. 6150. 6155. 6160. 6165. 6170. 6175. 6180. 6185. 6190. 6195. 6200. 6205. 6210. 6215. 6220. 6225. 6230. 6235. 6240. 6245. 6250. 6255. 6260. 6265. 6270. 6275. 6280. 6285. 6290. 6295. 6300. 6305. 6310. 6315. 6320. 6325. 6330. 6335. 6340. 6345. 6350. 6355. 6360. 6365. 6370. 6375. 6380. 6385. 6390. 6395. 6400. 6405. 6410. 6415. 6420. 6425. 6430. 6435. 6440. 6445. 6450. 6455. 6460. 6465. 6470. 6475. 6480. 6485. 6490. 6495. 6500. 6505. 6510. 6515. 6520. 6525. 6530. 6535. 6540. 6545. 6550. 6555. 6560. 6565. 6570. 6575. 6580. 6585. 6590. 6595. 6600. 6605. 6610. 6615. 6620. 6625. 6630. 6635. 6640. 6645. 6650. 6655. 6660. 6665. 6670. 6675. 6680. 6685. 6690. 6695. 6700. 6705. 6710. 6715. 6720. 6725. 6730. 6735. 6740. 6745. 6750. 6755. 6760. 6765. 6770. 6775. 6780. 6785. 6790. 6795. 6800. 6805. 6810. 6815. 6820. 6825. 6830. 6835. 6840. 6845. 6850. 6855. 6860. 6865. 6870. 6875. 6880. 6885. 6890. 6895. 6900. 6905. 6910. 6915. 6920. 6925. 6930. 6935. 6940. 6945. 6950. 6955. 6960. 6965. 6970. 6975. 6980. 6985. 6990. 6995. 7000. 7005. 7010. 7015. 7020. 7025. 7030. 7035. 7040. 7045. 7050. 7055. 7060. 7065. 7070. 7075. 7080. 7085. 7090. 7095. 7100. 7105. 7110. 7115. 7120. 7125. 7130. 7135. 7140. 7145. 7150. 7155. 7160. 7165. 7170. 7175. 7180. 7185. 7190. 7195. 7200. 7205. 7210. 7215. 7220. 7225. 7230. 7235. 7240. 7245. 7250. 7255. 7260. 7265. 7270. 7275. 7280. 7285. 7290. 7295. 7300. 7305. 7310. 7315. 7320. 7325. 7330. 7335. 7340. 7345. 7350. 7355. 7360. 7365. 7370. 7375. 7380. 7385. 7390. 7395. 7400. 7405. 7410. 7415. 7420. 7425. 7430. 7435. 7440. 7445. 7450. 7455. 7460. 7465. 7470. 7475. 7480. 7485. 7490. 7495. 7500. 7505. 7510. 7515. 7520. 7525. 7530. 7535. 7540. 7545. 7550. 7555. 7560. 7565. 7570. 7575. 7580. 7585. 7590. 7595. 7600. 7605. 7610. 7615. 7620. 7625. 7630. 7635. 7640. 7645. 7650. 7655. 7660. 7665. 7670. 7675. 7680. 7685. 7690. 7695. 7700. 7705. 7710. 7715. 7720. 7725. 7730. 7735. 7740. 7745. 7750. 7755. 7760. 7765. 7770. 7775. 7780. 7785. 7790. 7795. 7800. 7805. 7810. 7815. 7820. 7825. 7830. 7835. 7840. 7845. 7850. 7855. 7860. 7865. 7870. 7875. 7880. 7885. 7890. 7895. 7900. 7905. 7910. 7915. 7920. 7925. 7930. 7935. 7940. 7945. 7950. 7955. 7960. 7965. 7970. 7975. 7980. 7985. 7990. 7995. 8000. 8005. 8010. 8015. 8020. 8025. 8030. 8035. 8040. 8045. 8050. 8055. 8060. 8065. 8070. 8075. 8080. 8085. 8090. 8095. 8100. 8105. 8110. 8115. 8120. 8125. 8130. 8135. 8140. 8145. 8150. 8155. 8160. 8165. 8170. 8175. 8180. 8185. 8190. 8195. 8200. 8205. 8210. 8215. 8220. 8225. 8230. 8235. 8240. 8245. 8250. 8255. 8260. 8265. 8270. 8275. 8280. 8285. 8290. 8295. 8300. 8305. 8310. 8315. 8320. 8325. 8330. 8335. 8340. 8345. 8350. 8355. 8360. 8365. 8370. 8375. 8380. 8385. 8390. 839



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

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

COPILADOR

Atendimento:	Prontuário:	Paciente:	Dt. Nasc.:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
245297	51941	FRANCISCO LIDORO DA SILVA JUNIOR	03/07/1983	POSTO 2	SUPLEMENTAR	EXTRA 06	AGNELO SAMPELO CASTELO BRANCO

Evolução:
Hora:

Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo LIVRE,								
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h				
2	TENOXICAM 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	RANTIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.	50,00	mg	EV	12/12h				

Observações Gerais: CUIDADOS GERAIS

EXAMES



Dr. Agnello Sampele Castelo Branco
CRM-P: 224.150.11393

Dr. Agnello Sampele Castelo Branco
CRM-P: 224.150.11393

14/08

EVOLUÇÃO/ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
ESCALAS DE AVALIAÇÃO DE RISCO



NOME: Francisco de Lacerda da Silva Junior PRONTUÁRIO: 519941 IDADE: 36 ENFERMARIA/LEITO: 02/236001

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

DATA: 16/08/2019

SINAIS VITAIS						ENTRADAS			SAÍDAS		
HORA	T	P	R	PA	SAT. O ₂	GLIC. CAP.	HV	HEMO	SONDA/ ORAL	DIURESE	DRENO
12											
18		65		110/80							
20		58	-	130/70.							
24											
06		59	-	120/70.							

ESCALA DE BRADEN:

PONTOS: _____

CONTROLE: _____

MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X"

<p>• PERCEPÇÃO SENSORIAL (Limitação):</p> <p>1- Totalmente/ 2- Muito/ 3- Levemente/ 4- Nenhuma</p> <p>• UNIDADE (Molhado):</p> <p>1- Completamente/ 2- Muito/ 3- Ocasionalmente/ 4- Raramente</p> <p>• ATIVIDADE:</p> <p>1- Acamado/ 2- Cadeira rodas/ 3- Andar/ 4- Caminhar/ 5- Andar com auxílio/ 6- Andar independentemente</p> <p>• MOBILIDADE (Limitação):</p> <p>1- Totalmente/ 2- Muito/ 3- Levemente/ 4- Nenhuma</p> <p>• NUTRIÇÃO:</p> <p>1- Muito pobre/ 2- Inadequada/ 3- Adequada/ 4- Excelente</p> <p>• FRICÇÃO E CISCALHAMENTO:</p> <p>1- Problema/ 2- Problema Potencial/ 3- Nenhum Problema</p> <p>TOTAL: _____</p>	<p>ALTO RISCO AR: <12</p> <p>MÉDIO RISCO MR: 12 a 14</p> <p>BAIXO RISCO BR: >14</p>	
---	---	--

ESCALA DE MORSE - RISCO DE QUEDA:

PONTOS: _____

CONTROLE: _____

<p>1. HISTÓRICO DE QUEDAS: SIM - 25/ NÃO - 0</p> <p>2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SIM - 15/ NÃO - 0</p> <p>3. AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO:</p> <p>Mobilidade/ Parado - 30/ Mobilidade/ Andar - 15/ Nenhum/ Acamado/ Andar/ Profissional/ Saúde - 0</p> <p>4. TERAPIA ENDÓGENA: SIM - 20/ NÃO - 0</p> <p>5. MARCHA:</p> <p>Comprometida/ cambaleante - 30/ Fraca - 15/ Normal/ Semdeambulação, acamado, cadeira de rodas - 0</p> <p>6. ESTADO MENTAL:</p> <p>Superestimacão/ Esquecimento/ 15/ Orientado/ Capacitamento a autocuidado/ Limitação - 0</p> <p>TOTAL: _____</p>	<p>SEM RISCO SR: 0-24</p> <p>BAIXO RISCO BR: 25-50</p> <p>ALTO RISCO AR: > 51</p>	<p>CLASSIFICAÇÃO: _____</p>
---	--	-----------------------------

EVOLUÇÃO/ ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

<p>1. Estado Mental: () Consciente () Orientado () Torporoso Glasgow: _____</p> <p>2. Locomoção: () Deambula () Acamado () Restrito ao leito por orientação () Paratetia () Plegia () Hemiparesia () Déficit Motor</p> <p>3. Respiração: () Eupnéico () Dispneico () Taquipnéico () TQT () Sem O₂ () Como O₂: _____</p> <p>4. Sistema Cardiovascular: () BNR () BNF () BT () Normocárdico () Taquicárdico () Bradicárdico () Outros: _____</p> <p>5. Dieta: () VO () SNE/SNG () SOE/SOG () GTT () NPT () Dieta zero () Boa aceitação/ Aceita Parcialmente () Não aceita ()</p> <p>6. Abdômen: () Plano () Globoso () Distendido () Flácido () Rígido/ Tenso () Timpânico () Doloroso () Indolor () Outros: _____</p> <p>7. Pele e mucosas: () Normocorado () Hipocorado () Ictérico () Integro () Edema/ Anasarca () Hidratado () Lesões/ Bolhas () Escoriações () LPPs</p> <p>8. Hidratação: () JAVP () JAVC () Outros: _____</p> <p>9. Drenos: () Suctor () Torácico () DVE () Kher () Penrose () Outros: _____</p> <p>10. Diurese: () Espontânea () Dispositivo Urinário () SVD () Anúria () Normal () Reduzida () Hematúria () Outros: _____</p> <p>11. Evacuações: () Presentes () Constipado () Diarréia () Melena () Colostomia () Ileostomia () Outros: _____</p> <p>12. Alergias () Não () Sim- Quais: _____</p>

**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

Page: 1 de 1

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: S U S 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 íntegros.
- Imobilização gessada.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 23/08/2019

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **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: S U S

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 íntegros.
- 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: FRANCISCO LIODORO DA SILVA JUNIOR	
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:	

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





ALEXANDRE RAMON
ADVOCACIA ESPECIALIZADA

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

Rua Elizeu Martins, 2240, Edifício Espírito Santo, Sala 103, Centro, Teresina - PI - CEP 64000-120
telefones: (86) 994643330/ 994523253

E-mail: alexandreramonadvocacia@hotmail.com

