



Número: **0820536-28.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **24/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO DE SALES BARROSO (AUTOR)		TIAGO LUIZ TEIXEIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
9870399	24/05/2020 22:59	<a href="#">Certidão</a>	Certidão
9715700	19/05/2020 10:16	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
9589369	08/05/2020 10:49	<a href="#">Certidão</a>	Certidão
9400205	26/04/2020 19:48	<a href="#">Documentos</a>	Documentos
9400206	26/04/2020 19:48	<a href="#">documentação probatoria</a>	Documentos
9400202	26/04/2020 19:45	<a href="#">Petição</a>	Petição
9400203	26/04/2020 19:45	<a href="#">FRANCISCO DE SALES BARROSO renda</a>	Petição
8188697	20/02/2020 14:19	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
5942073	12/08/2019 09:36	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
5942083	12/08/2019 09:36	<a href="#">DOC. 01</a>	Documentos
5942084	12/08/2019 09:36	<a href="#">PETIÇÃO</a>	Petição
5942086	12/08/2019 09:36	<a href="#">PROCURAÇÃO</a>	Procuração



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ

5º Cartório Cível da Comarca de Teresina

Praça Edgard Nogueira, Cabral, TERESINA - PI - CEP: 64000-830

---

PROCESSO Nº: 0820536-28.2019.8.18.0140

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito]

AUTOR: FRANCISCO DE SALES BARROSO

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

### **CERTIDÃO**

**CERTIFICO QUE, nesta data, procedo com a redistribuição do processo supra, para a Secretaria da 5ª Vara Cível, conforme Despacho de ID nº. 9715700.**

O referido é verdade e dou fé.

TERESINA-PI, 24 de maio de 2020.

**PAULO HENRIQUE RIBEIRO DO NASCIMENTO**  
**5º Cartório Cível da Comarca de Teresina**





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ**

**1º Cartório Cível da Comarca de Teresina**

Praça Edgard Nogueira, Cabral, TERESINA - PI - CEP: 64000-830

**PROCESSO Nº: 0820536-28.2019.8.18.0140**

**CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**

**ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito]**

**AUTOR: FRANCISCO DE SALES BARROSO**

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

### **DESPACHO**

Defiro o pedido de gratuidade da justiça, face ao preenchimento dos requisitos autorizadores.

Desta feita, determino que o Cartório efetue a redistribuição do presente feito à Secretaria desta Vara, conforme previsto na Resolução 15/2009, Art.2º, §1º, bem como Portaria 487/2009, Art.3º, §§ 2º e 3º, ambos do Tribunal de Justiça do Estado do Piauí.

#### **ATOS DE SECRETARIA:**

Ante as especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo para momento posterior a análise da conveniência da audiência de conciliação, nos termos do art.139, VI, do NCPC e em consonância com o Enunciado n.35 da ENFAM ("Além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139, VI, patricido CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo").

Cite-se a parte Ré para contestar no prazo de 15 (quinze) dias, devendo constar da carta/mandado que a ausência de contestação implicará no decreto da revelia e na presunção de veracidade dos fatos elencados na petição inicial.

Após, havendo alegação de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor, intime-se para réplica (Art.350, NCPC); não havendo, designe-se audiência de conciliação.

**TERESINA-PI, 15 de maio de 2020.**



**MARIA DAS NEVES RAMALHO BARBOSA LIMA**  
**Juíza de Direito Titular da 5ª Vara Cível da Comarca de Teresina**





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ**

**5º Cartório Cível da Comarca de Teresina**

Praça Edgard Nogueira, Cabral, TERESINA - PI - CEP: 64000-830

---

**PROCESSO Nº: 0820536-28.2019.8.18.0140**

**CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**

**ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito]**

**AUTOR: FRANCISCO DE SALES BARROSO**

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

### **CERTIDÃO DE CONCLUSÃO**

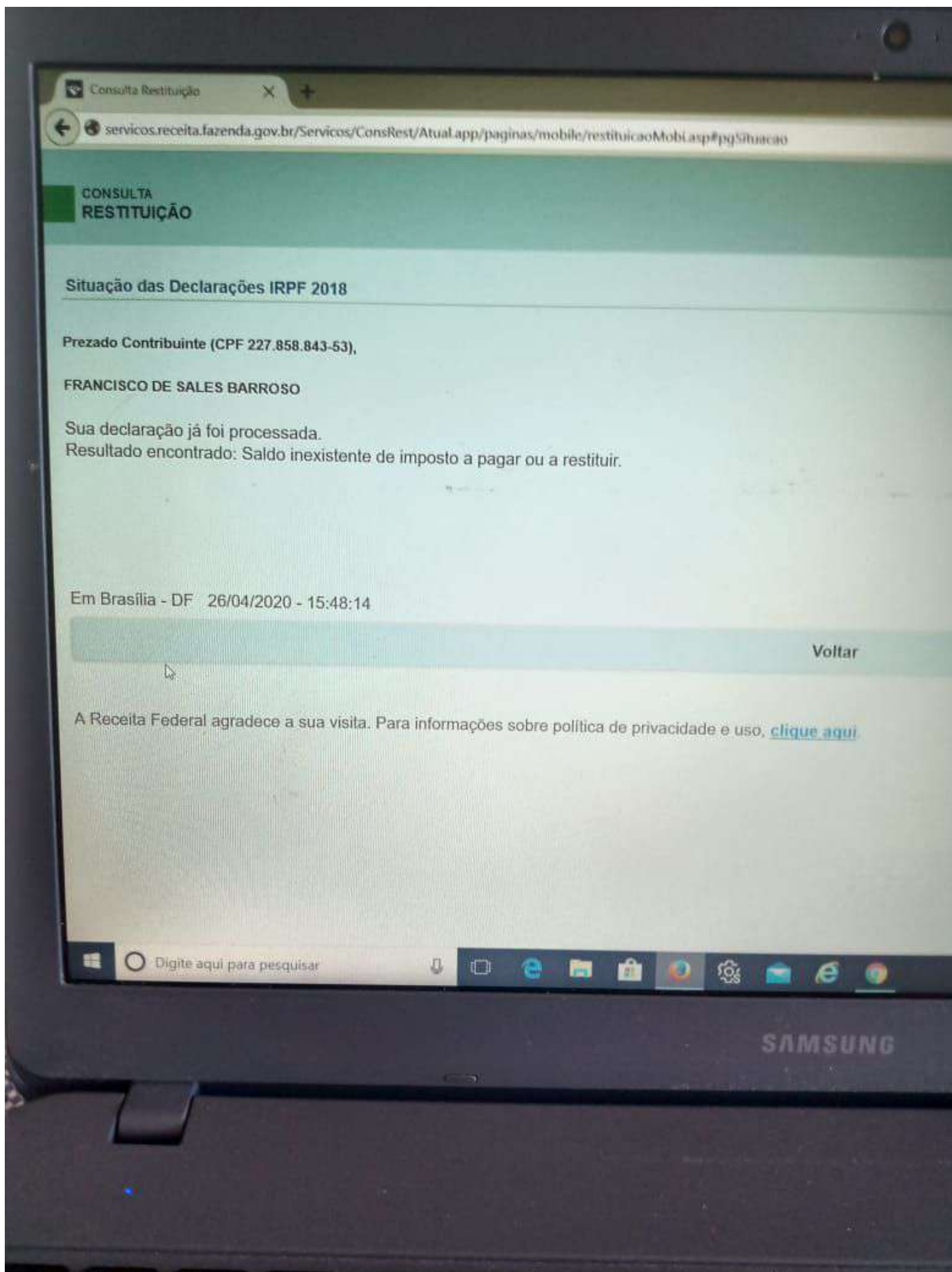
Certifico que, nesta data, faço a conclusão do presente processo para despacho.

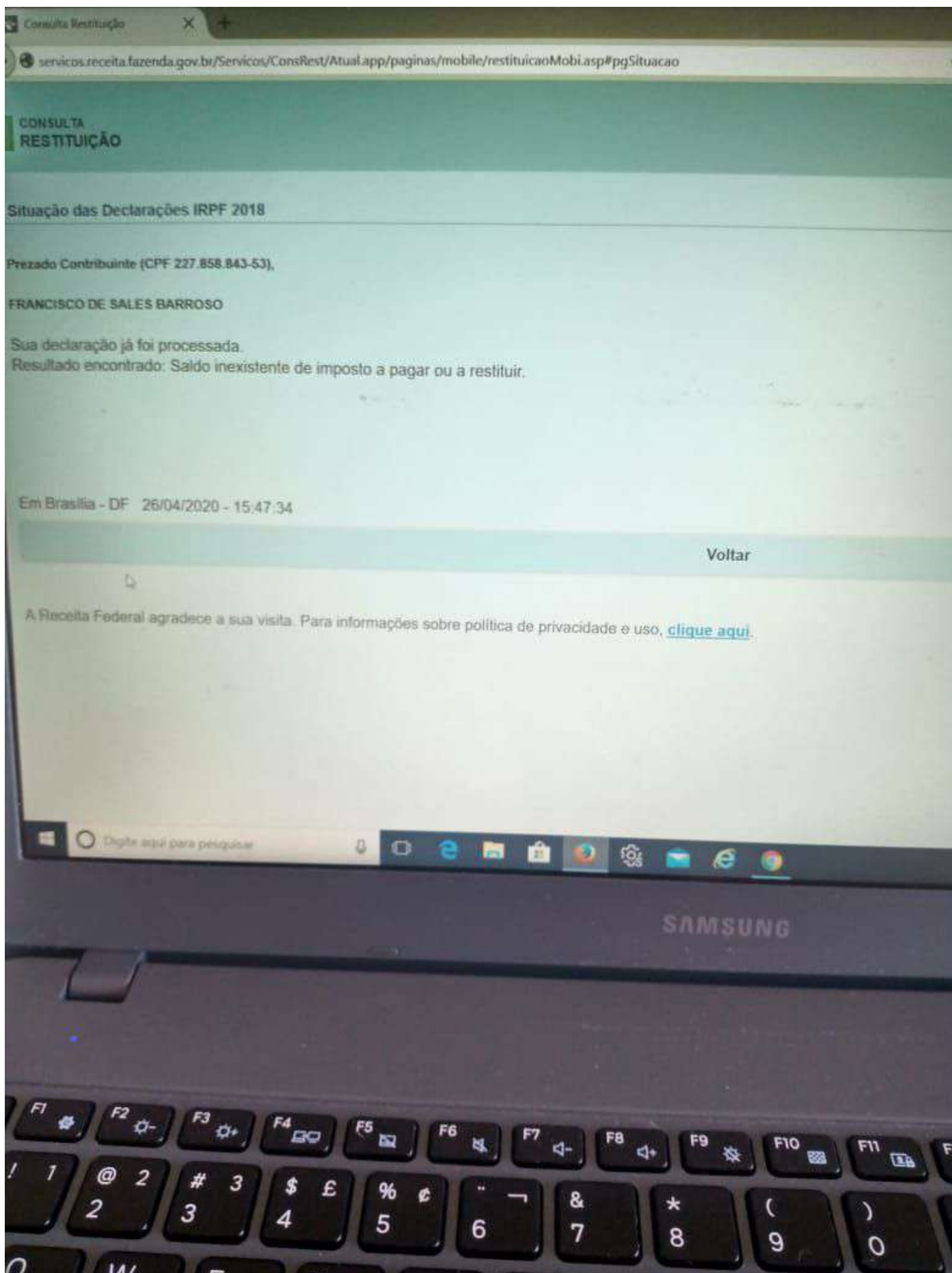
TERESINA-PI, 08 de maio de 2020.

**MARIA DE LOURDES FEITOSA SILVA**  
**5º Cartório Cível da Comarca de Teresina**

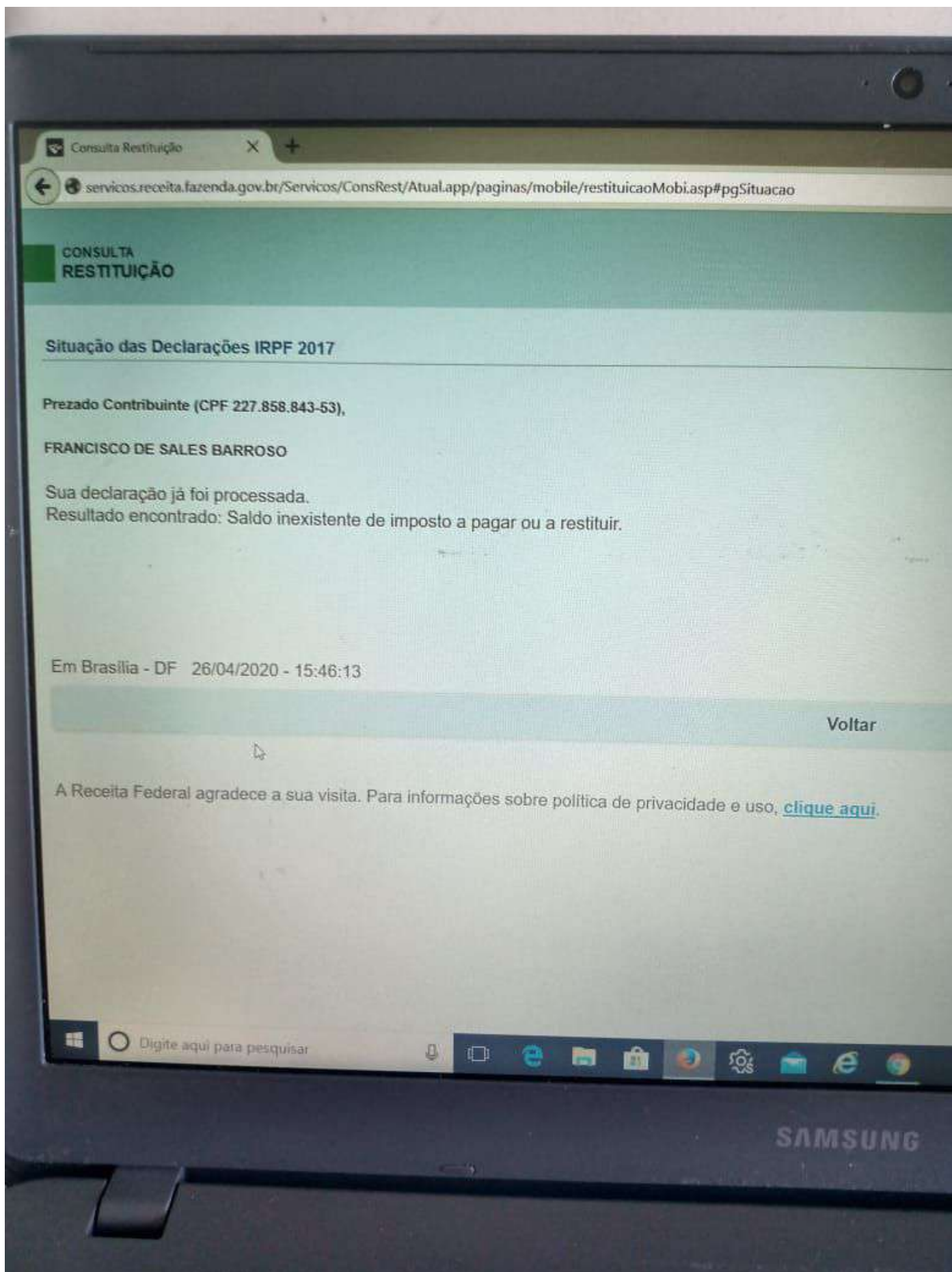














**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A)  
DE DIREITO DA 5º VARA CÍVEL DA COMARCA DE  
TERESINA - PIAUÍ.**

**PROCESSO Nº:** 0820536-28.2019.8.18.014

**FRANCISCO DE SALES BARROSO**, já qualificado nos autos em epígrafe, por seus procuradores, onde recebem as comunicações de estilo, vem, à íncrita presença de Vossa Excelência, em atendimento ao r. despacho de 05/02/2020, requerer a juntada de comprovante de endereço do Autor atualizado.

Nestes termos.

Pede

deferimento.

Teresina, 18 de abril de 2020.

Dr. Tiago Luiz Teixeira  
OAB/PI Nº7560

Luciano Onofre Fonseca de Santana  
OAB /PI nº 10.765





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ**  
**5ª Vara Cível da Comarca de Teresina - cartório**  
Praça Edgard Nogueira, Cabral, TERESINA - PI - CEP: 64000-830

**PROCESSO Nº: 0820536-28.2019.8.18.0140**  
**CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**  
**ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito]**  
**AUTOR: FRANCISCO DE SALES BARROSO**  
**RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**

### **DESPACHO**

A correta interpretação da Lei 1.060/50, associada às previsões trazidas pelo Código de Processo Civil, impõe o entendimento de que para a concessão da gratuidade da justiça não basta a mera declaração de insuficiência de recursos sendo necessária a apresentação de prova concreta e efetiva da impossibilidade de arcar com as despesas processuais.

No mesmo sentido, a redação do art. 5º, LXXIV da Constituição Federal deixa assente a necessidade de prova de insuficiência financeira para o gozo da assistência jurídica gratuita.

Isto posto e, com base no art. 99, § 2º do CPC, determino a intimação do requerente para, no prazo de 05 (cinco) dias, apresentar, alternativamente, cópia de comprovante de rendimentos, extratos de contas bancárias, declaração de imposto de renda, etc.

Após, com ou sem manifestação, voltem-me os autos conclusos.

**TERESINA-PI, 5 de fevereiro de 2020.**

**MARIA DAS NEVES RAMALHO BARBOSA LIMA**  
**Juíza de Direito Titular da 5ª Vara Cível da Comarca de Teresina**





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
912350212

NOME  
FRANCISCO DE SALES BARROSO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
493972 SSP/PI

DATA NASCIMENTO  
29/01/1963

FILIAÇÃO  
JOSE PASCOAL BARROSO  
MARIA MONTEIRO DO N SA  
RROSO

PERMISSÃO  
ACC CAT. HAB.  
AB

Nº REGISTRO  
03182670024

VALIDADE  
14/03/2019

1ª HABILITAÇÃO  
21/08/1988

OBSERVAÇÕES

Francisco de Sales Barroso

ASSINATURA DO PORTADOR

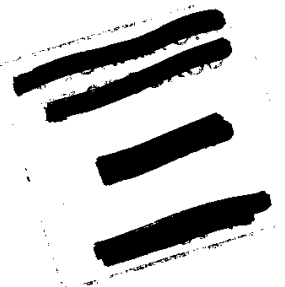
LOCAL  
SAO PAULO, SP

DATA EMISSÃO  
15/03/2014

02556996467  
SP625020642

PROBIBITO PLASTIFICAR  
912350212

DETRAN SP (SAO PAULO)





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sol - Teresina - PI  
CEP: 64.065-030 | Insc. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Cofre de Energia Elétrica - Série 9-1  
Registro especial de impressão autorizado pela SEFAZ/PI/06/08

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO



Nº da Nota Fiscal: 006957917

A Tarifa Setorial 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\$)
06/2018	25/06/2018	95	74,94

FRANCISCO DE SALES BARROSO  
LT NOVA SANTANA S/N QD G1 CASA 10 B-RURAL  
CPF: 00022785884353  
CEP: 64.065-030 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		kWh	DADOS DA LEITURA	
Anterior		6074	Atual	12/06/2018
Anterior		5979	Anterior	11/05/2018
Consumo anterior		1,000	Anterior	13/07/2018
Consumo Medidor		95	Emissão	11/06/2018
Consumo Fatorador		95	Assinatura	12/06/2018
		FCAM		

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classo/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
0101	0101	0101	0101	1111	0101

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mai/18 86	CONSUMO 95 A R\$ 0,78843 = 74,94
ABR/18 84	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 6,60
MAR/18 90	DOCAO LBY - 0800 055 5099 7,00
FEV/18 82	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,58
JAN/18 23	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 1,77
DEZ/17 18	
NOV/17 93	
OUT/17 91	
SET/17 27	
AGO/17 50	

TARIFA SEM TRF AUTOS:  
0 A 95 - 0 579090

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO





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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002398/2018-14**

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 11/07/2018 - 15:48

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

25/11/2017 - 18:55

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

POVOADO

Endereço

ESTRADA DO CENTRO DOS AFONSIINHOS, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

Nome: FRANCISCO DE SALES BARROSO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 493972

Mãe: MARIA MONTEIRO DO N.BARROSO

Endereço: QUADRA E 1, CASA 10, LOTEAMENTO NOVA SANTANA, Nº

Bairro: BOM PRÍNCÍPIO

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-3237-9060 86-8896-3838

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/BIZ 125, ANO 2015, PLACA PIH-3052, PROPRIETÁRIA GARDENIA ROSA MONTEIRO CHAVES BARROSO, CPF 79525741320, RELATA A VITIMA QUE TRAFEGAVA NA CITADA ESTRADA, QUANDO AO PASSAR POR UMA PEDRA PERDEU O CONTROLE DE SUA MOTO E CAIU, LESIONADO FOI SOCORRIDO POR ELIVELTON MONTEIRO CHAVES MACEDO, CPF 059.189.023-25, ENCAMINHADO PARA A UPA DE RENASCENÇA, PRONTUÁRIO 43422, DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HUT, PRONTUÁRIO 460648. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616

AGENTE DE POLÍCIA  
Almiralce R. Lebre Carlos  
Escrivã Especial  
Mat. 009761-6

Francisco de Sales Barroso

FRANCISCO DE SALES BARROSO - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: \_\_\_\_\_ Nome completo da vítima: \_\_\_\_\_

## REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

### RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ 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: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

### 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
Local e Data, \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

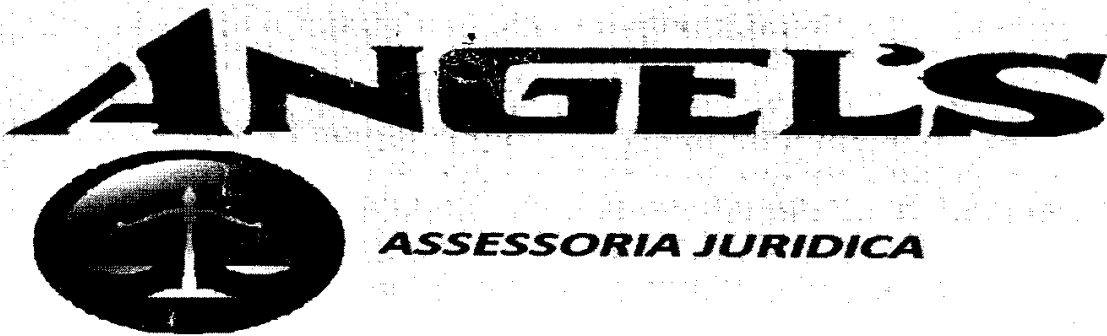
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



CNPJ: 29.703.588/0001-21

## PROCESSO JURÍDICO

( ) APOSENTADORIA ( X ) LOAS ( ) AUX. DOENÇA ( ) SEGURO DESEMPREGO

CLIENTE: FRANCISCO DE SALES BARROSO

ENDEREÇO: QUADRA E 1 , CASA 10, LOTEAMNETO NOVA SANTANA

Nº: 10

BAIRRO: BOM PRINCIPIO

CEP: 64095.030

PONTO DE REFERÊNCIA:

FONE: 086. 9.8896. 3838

CIDADE: TERESINA

ESTADO: PIAUI

RG: 493972

CPF: 22785884353

DATA DE NASCIMENTO: 29/01/1963

CAD- CÓDIGO FAMILIAR:

MAE: MARIA MONTEIRO DO N. BARROSO

ANGEL'S

*Alberonio Alves*



REDEDPVAT

**Responsável: ESCRITORIO PIAUI**

Código: #233995

**Identificação**

Natureza: Invalidiz

CPF: 227.850.943-53

Data Nascimento: 29/01/1963

Data Sinistro: 25/11/2017

Nome: FRANCISCO DE SALES BARRO - 3180/340658

**Vítima**

CEP: 64.095-030

Complemento: OUAHRA G 1

Logradouro: LOTEAMENTO NOVA SANTA

Bairro: BOM PRINCIPIO

Cidade/UF: Teresina-PI

**Sinistro**

Data Sinistro: 25/11/2017

UF Ocorrência: PI

Horário:

Cidade Ocorrência: Teresina

Tipo Veículo: 9 - Moto

**Pessoas**

CPF: 227.850.943-53

Tipo Beneficiário: Vítima

Nome Benef.: FRANCISCO DE SALES BARR

Data Nascimento: 29/01/1963

**Checklist de Documentos****Sinistro**

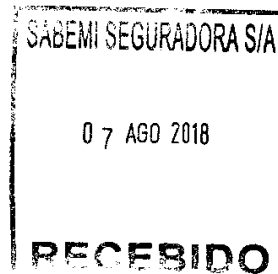
- ☒ Boletim de Ocorrência
- ☒ Certidão de casamento
- ☒ Certidão de nascimento
- ☒ Comprovação de ato declaratório
- ☒ Declaração de inexistência de IML
- ☒ Declaração do Proprietário do Veículo
- ☒ Documentação médico-hospitalar
- ☒ Documento de identificação
- ☒ DUT
- ☒ Laudo do IML - Lesão corporais
- ☒ Outros

**Pessoas**

FRANCISCO DE SALES BARROSO

- ☒ Autorização de pagamento
- ☒ Comprovante de residência

**SABEMI**  
Rua São Pedro, nº 2071  
Sala 405 - Centro Sul - CEP: 64001-260  
(86) 3305-7617 - Teresina-PI





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3225 4972  
TERESINA-PI CEP: 64011-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

### DADOS DO PACIENTE:

Nome:	FRANCISCO DE SALES BARROSO			Prontuário:	460648
Mãe:	MARIA MONTEIRO DO NASCIMENTO BARROSO			Pai:	
End. Resid.:	LOT NOVA SANTANA QD E1 CS 10 - BOM PRINCÍPIO - TERESINA - PI - CEP: 64009-010				
Nascimento:	29/01/1963	Idade:	54a:10m:27d	Sexo:	Masculino
Responsável:	GARDEIA ROSA			Fone:	86-93237-9060
Profissão:				CNS:	70340713415516
G. Instrução:	Fundamental Incompleto			Documento:	CPF: 170.954.881-53
End. Local.:				E. Civil:	Casado

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	638725	Data:	25/11/2017 20:53:44	Condução:			
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOCICLISTA)				Convênio:	S U S	
Acid. Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não	CID Secundário:	V299

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor leve recente	ORTOPEDISTA	Verde
Breve História:	Profissional Clas. Risco:		
Paciente com dor leve recente no quadril direito, iniciada após queda de moto. Sem trauma direto. Sem sinais de fratura. Sem alterações de sensibilidade ou força. Sem alterações de marcha. Sem alterações de equilíbrio. Sem alterações de consciência. Sem alterações de estado geral. Sem alterações de vitalidade. Sem alterações de sinais vitais. Sem alterações de exames laboratoriais. Sem alterações de exames de imagem. Sem alterações de exames de diagnóstico complementar.		ROMAN PIERRE HOLANDA MORER 12664 PI Em: 25/11/2017 20:57:40	

### DADOS CLÍNICOS:

(Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_)

17,5 mm NO PUNHO (D) FRATURA RADIO DISTAL

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

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

### MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_

0408020407

Procedimento

CID

Francisco de Sales Barroso

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <u>FRANCISCO DE SOUZA BARROSO</u>	CPF da Vítima <u>227.858.843-53</u>	Data do Acidente <u>25/11/2017</u>
--	--	---------------------------------------

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

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

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

Bressima 03 de Agosto de 2018.  
Local e Data

Francisco de Souza Barroso  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 227.858.843-53	Nome completo da vítima Francisco de Sales Barroso
---------------------------	---------------------------------	---

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Francisco de Sales Barroso	CPF titular da conta 227.858.843-53	Profissão Autônomo
Endereço Lot. Nova Sampaia 00-61 CASA	Número 10	Complemento Zona Rural
Bairro Bom Princípio	Cidade Teresina	Estado PI
Email		CEP 64000-000
		Telefone (DDD) 86 9 9407-0776

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 3389 D/V		BANCO Nome NRO	
CONTA NRO. 39654 D/V 7		AGÊNCIA NRO. D/V	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Teresina, 03 de Agosto de 2018.

Local e Data

Francisco de Sales Barroso

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Declaração do proprietário do veículo

Eu, GARDENIA ROSA MONTEIRO CHAVES BARROSO  
RG: 38.842.641-7 Data da expedição 09 / 03 / 2004

Órgão SSP-SP, portador do CPF:

795.257.413-20 Com domicílio na cidade  
de TERESINA no Estado de PIAUÍ

Onde resido na( Rua/ Avenida/

Estrada) LOTEAMENTO NOVA SANTANA Q.E.1 - CASA  
10 n°                      complemento BOM PRINCÍPIO

Declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é( Era) de Minha  
propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima:

FRANCISCA DE SALES BARROSO o condutor

Era FRANCISCA DE SALES BARROSO

Veículo: PAS / NENHUMA / MOTONETA

Modelo: HONDA / BIZ 125 ES

Ano: 2015 / 2015

Placa: PIH - 3052

Chassi: 9C2JC4820FR554757

Data do Acidente: 25 / NOVEMBRO / 2017.

Local e Data: Timon, 09 / 07 / 2018.

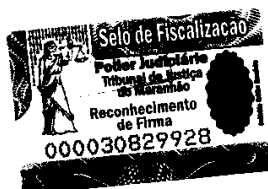
Gardenia Rosa M. Chaves Barroso

Assinatura do Declarante

Francisco de Sales Barroso

Assinatura do condutor( caso seja um terceiro que não a vítima Reclamante do  
sinistro)

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Assinatura eletrônica do declarante  
Gardenia Rosa Mon-  
teiro Chaves Bar-  
roso  
Data: 09/07/2018  
Assinatura do condutor  
Francisco de Sales Barroso



## CARTA DE REANÁLISE

SINISTRO \_\_\_\_\_

Eu, FRANCISCO DE SALES BARROSO

Portador do RG: 493972 SSP/PI CPF 227 858 843 - 33

Endereço: LOT. NOVA SANTANA QD G1 / CASA 10

Bairro: Bom Princípio Cidade: TERESINA UF PI

VENHO SOLICITAR A ATENÇÃO NECESSÁRIA DIANTE DO PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO RELACIONADA À MINHA PESSOA. TIVE MEU PROCESSO NEGADO COM A FUNDAMENTAÇÃO DE NÃO HAVER SEQUELAS. DASSEI POR UM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO PUNHO, E ATÉ OS DIAS ATUAIS, SINTO DORES, SEM FIRMEZA. PEÇO ENCARECIDAMENTE, QUE AVALIEM A MINHA SITUAÇÃO DE CORPO PRESENTE, OU SEJA, ATRAVÉS DE UMA PERÍCIA PARA CONSTATAREM A LESÃO. SEM MAIS OBRIGADO.  
Cidade: TERESINA (PI) 07 / 08 / 2018.

Francisco de Sales Barroso

Assinatura da vítima









**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otto Tito 1320 Redenção - Fone: 35 3213 3443  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.517/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO DE SALES BARROSO (Prontuário: 460843)**  
 Endereço: LDT NOVA SANTANA QD E1 CS 10 - BOM PRINCÍPIO - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 29/01/1963 Idade: 54a9m30d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 202945  
 Requisição: 793312 Solicitação: 26/11/2017 Solicitante: BERGIEL BARBOSA BEZERRA  
 Controle: 983930 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPEDICA - F11 ANEXO I EXTRA 002

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 26/11/2017

### PUNHO DIREITO

O estudo radiológico do punho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
 Os seguintes aspectos observados:

- Contrôles pós-operatório.
- Fratura alinhada, com fixação metálica, na metáfise distal do rádio.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(GRANDI SILVA)

TERESINA - PI 26/11/2017

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

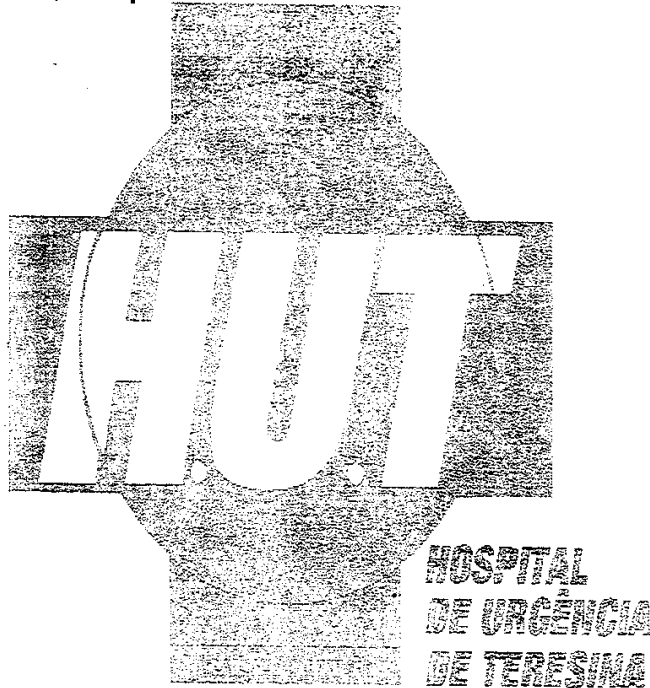
CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

*[Handwritten signature and stamp]*  
 TIAGO LUIZ TEIXEIRA  
 Médico ORTÓPEDICO  
 SANEAMT  
 (Carimbo with Original)

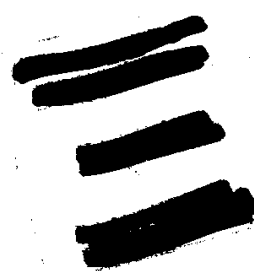


Alta



NOME DO PACIENTE: Francisco de Sales Moura

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 460648



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 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO DE SALES BARROSO		Prontuário: 460648
Mãe: MARIA MONTEIRO DO NASCIMENTO BARROSO	Pai:	
End. Resid.: LOT NOVA SANTANA QD EI CS 10 - BOM PRINCÍPIO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 29/01/1963	Idade: 54a:10m:27d	Sexo: Masculino Fone: 86-93237-9060
Responsável: GARDEIA ROSA	CNS: 703409703419816	
Profissão:	Documento: CPF: 270.858.843-53	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E. Civil: Casado	
End. Local: - - -		

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 638725	Data: 25/11/2017 20:53:44	Condução: Motocicleta
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: S U S	
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não CID Secundário: V299

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Evento Principal: Dor leve recente	Destino: ORTOPEDISTA	Classificação: Verde
Breve História: paciente encaminhado da UPA do primário com quadro de fratura de rádio e ulna distal do membro direito após acidente motociclístico. há perda de consciência no momento, e não há alergia medicamentosa.		Profissional Clas. Risco: ROMAN BEZERRA HOLANDA COREM 22664 PI Em: 25/11/2017 20:57:40	

### DADOS CLÍNICOS: (Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_)

TRAUMA NO PUNTO (D) FRATURA RADIO ULNA

PA \_\_\_\_ X \_\_\_\_ mmHg Pulso: \_\_\_\_ FC: \_\_\_\_ bpm Temp.: \_\_\_\_

Diagnóstico Inicial:

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

### MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_

0408020407  
Procedimento: CID

Francisco de Sales Barroso  
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



TERESINA

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-RENASCENÇA  
Rua Rio Verde, 2810 Renascença III - Fone: 86 3234 7074  
TERESINA-PI CEP: 64082-110 CNPJ: 17.577.205/0015-32

UPA  
2011

# BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

Imp: 25/11/2017 19:55:58  
(User: BRUNO MOURA)  
(Estação: SERVICIOSOCIAL)

Nome: FRANCISCO DE SALES BARROSO		Prontuário: 43422
Mãe: MARIA MONTEIRO DO N BARROSO	Pai: JOSE PASCOAL BARROSO	
End.Resid.: QD E 1 CASA 10 LOT NOVA SNATNA - BOM PRINCIPIO - TERESINA - PI - CEP:		
Nascimento: 29/01/1963	Idade: 54a:10m:27d	Sexo: Masculino
Responsável: O MESMO	Fone: 86-32373-9060	
Profissão:	CNS:	
G. Instrução: Médio Completo	Documento: CPF: 227.858.843-53	
End.Local:	E.Civil: Casado(a)	

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 219268	Entrada: 25/11/2017 19:17:20	Convênio: S U S
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOTAXISTA CONDUTOR		

## ADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresent:	Área Incidência:	Classificação:	Cor:
Intercorrências Clínicas	Respiratório	Dor moderada (4-7/10).	Amarelo
Breve História Clas. Risco: ACIDENTE DE MOTOCICLETA; CONDUTOR UTILIZAVA CAPACETE NO MOMENTO DA QUEDA, INFORMA DOR INTENSA COM LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO EM BRAÇO D, APRESENTA ESCORIAÇÃO NO TÓRAX. NEGA COMORBIDADES E/OU ALERGIAS			ANTONIA JOCELEIDE NEVES DA SILVA 254700 COREN Em: 25/11/2017 19:21:50

## SSVV:

(Hora: : )

Ass.Profissional Clas. Risco:

Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m2 Pulso: 0 bmp Pressão: 0 mmHg

## DADOS CLÍNICOS:

queda de moto que resultou em dor e edema em punho

Diagnóstico Inicial:

?

## EXAMES COMPLEMENTARES:

rx

CID:

## PRESCRIÇÃO MEDICA:

- 1- DIFIRONA - 2ML + 10 ML AD EV
- 2- TILATIL 20 MG + 10 ML AD EV

## MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

ALTA COM RECEITA

DATA:

HORA:

Assinatura Paciente ou Responsável

BRUNO WILSON DA SILVA MOURA  
CRM-5338 Em: 25/11/2017 19:55:57





Fundação Municipal de Saúde



17 577 265/0015 - 32  
UPA RENASCENÇA  
Rua Rio Verde Nº 2319  
Renascença III -  
CEP 64082-110  
Teresina-PI



Senha: 25112017013

SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

852.5

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

De: UDA	Para: HUT
Francisco de Sales Bousso	Registro:
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
<p>Paciente, 54 anos de idade, teve queda de moto com traumatismo de pulso que resultou em fratura fechada de extremidade distal de rádio. Pele íntegra e idêntica 2+/4+</p> <p>Encaminha p/ cirurgia</p>	
TERESINA-PI 25/11/17	Dr. Bruno Moura ORTOPEDIA Cirurgia de Mão Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

FICHA DE RETORNO

De:	Para:
DIAGNÓSTICO	
<p>vc</p>	
TERESINA-PI	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo





**Fundação Municipal de Saúde**

**PRESCRIÇÃO  
MÉDICA**



**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**

Francisco de Sales Barros	PRONT
FRANCISCO DE SALES BARROS	

**NOME DO PACIENTE**

## DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES

PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
<p>FRANCISCO DE SALES BARBOSA</p> <p>DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES</p>				
<p>PRESCRIÇÃO MÉDICA</p> <p>DATA: 25/12/22 HORA: :</p>				
<p>1 - Dieta geral</p> <p>2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h</p> <p>3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/6h</p> <p>4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h</p> <p>5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h</p> <p>6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h</p> <p>7 - CCGG + SSVV</p>				
<p>ALERGIAS</p>				
<p>HORÁRIO</p>				
<p>OBSERVAÇÕES</p> <p>21:30h Paciente admitido no Pt com lesão em punho D. Segue confortável, hidratado, hidratado, suprido. Sem queixas no momento. Nada como antes. Atenção a alergias.</p>				

**MÉDICO/CRM:**

Mod: 007



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 26/11/17

NOME DO PACIENTE: <i>Francisca de Jesus</i>	PROFISSIONÁRIO Nº: _____
DIAGNÓSTICO: <i>Gravidez normal</i>	CIRURGIA: <i>Normal</i>
ANESTESIA: <i>B-P. B.</i>	Nº DA SALA: <i>09</i>
CIRURGIÃO: <i>Dr. Benedito Bezerra</i>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <i>Dr. Benedito Bezerra</i>	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <i>Dr. Fernando</i>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <i>Conceição</i>	CPF Nº: _____

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7.5	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<i>Capom</i>	ML	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<i>Eletrados</i>		05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<i>Escolas</i>		03	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <i>Destina</i>			
PROLENE							

MOD - 094



Assinado eletronicamente por: TIAGO LUIZ TEIXEIRA - 12/08/2019 09:36:27

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081209362718100000005687340

Número do documento: 19081209362718100000005687340



# RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Nome do Paciente			Francisco de Sales Bezerra		
Diagnóstico pré-operatório			Fratura de rádio distal D		
Operação - Tipo			Osteossíntese		
Cirurgião			Dr. Bergiel Barbosa Bezerra		
2º Assistente			Dr. Bergiel Barbosa Bezerra		
3º Assistente			Dr. Bergiel Barbosa Bezerra		
Instrumentador(a)			Dr. Bergiel Barbosa Bezerra		
Anestésico(a)			Dr. Bergiel Barbosa Bezerra		
Data da Operação			26/11/17		
Início			Fim		
Diagnóstico Pós-operatório					
Relatório Imediato do Patologista					
Acidente Durante a Operação					
<p align="center"><b>DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO</b> (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)</p> <p>Placa no mms sob bloqueio de pleco benzol D; Anestesia e antiespasmódico; curativo extenso. Redução da fratura de rádio distal D e fixação percutânea com fio de Kirschner sob radiografia; curativo; Sola gesso.</p>					
<p align="right">Dr. Bergiel Barbosa Bezerra ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-M 3909</p>					

Mod. 76 HUT



## IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Francisco de Sales BarrosoDATA DO ACIDENTE 25/11/2017 CPF DA VITIMA 227.858.843-53

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COMA VITIMA É Francisco de Sales BarrosoENDEREÇO DO PORTADOR Lei. Nova Smaia, 00 61 casaNº 30 COMPLEMENTO BAIRRO Bar. PríncipeCIDADE Teotima UF PA CEP 64000-000E-MAIL TEOTIMA TELEFONE (86) 9 3403.0776

## MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VITIMA E RELATORIA DO MEDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTENCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ X-LETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDENCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDENCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDENCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MEDICO ASSISTENTE NTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DE CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVELS) DAS DESPESAS MEDICAS HOSPITALARES E QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVELS) DE FARMACIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MEDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDENCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDENCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MEDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 03/08/2018IDENTIDADE 493072 SSP/PA

ASSINATURA

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

Francisco de Sales Barroso

## IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Francisco de Sales BrasileiroDATA DO ACIDENTE 25/11/2018 CPF DA VITIMA 229.858.843-53

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VITIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VITIMA É Francisco de Sales BrasileiroENDEREÇO DO PORTADOR LOT. NOVA SERRA, 00 61 CASANº 40 COMPLEMENTO  BAIRRO Bom PrincípioCIDADE Recife, PE UF PE CEP 64000.000E-MAIL  TELEFONE ( 85 ) 9.9403.0776

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A ASSISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204
- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE:

DATA 17/07/2018IDENTIDADE 493972 SSP PIASSINATURA 

RESPONSÁVEL PELA CORREÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO DE SEGUROS

DATA NOME ASSINATURA 

Francisco de Sales Brasileiro

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <b>FRANCISCO DE SOUZA BARROSO</b>	CPF da Vítima <b>227.858.843-53</b>	Data do Acidente <b>25/11/2018</b>
--	--	---------------------------------------

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

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

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

**Teresina**, 13 de **JULHO** de 2018  
Local e Data

**Francisco de Souza Barroso**  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

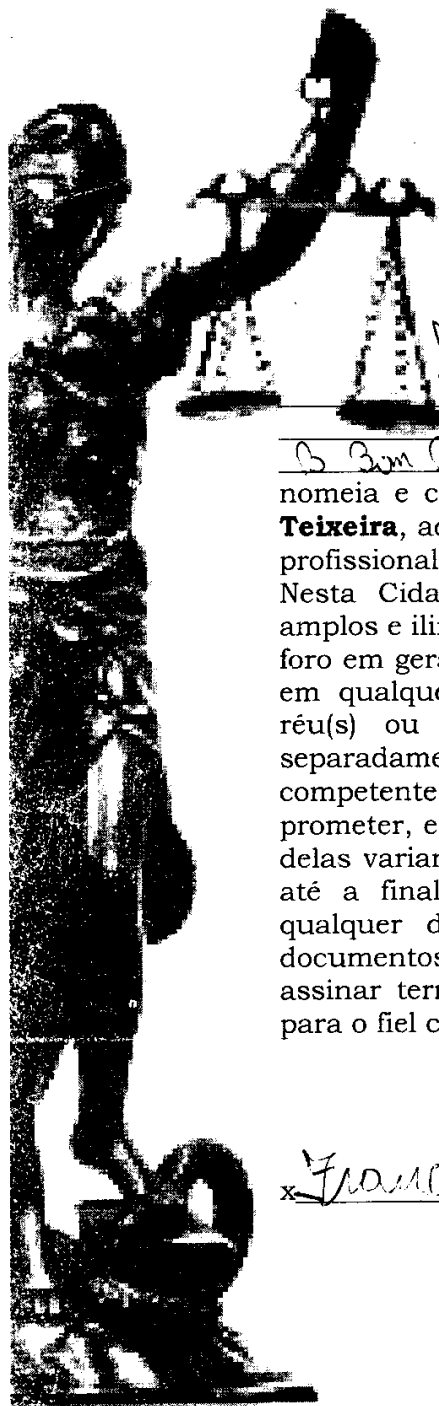
\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

# Escritório de Advocacia

Rua Eletricista Guilherme, nº 954, Bairro Fátima, Teresina - PI.

## 'Procuração ad Judicia'



Francisco de Sales Carneiro Brasileiro  
RG 493892 SSP PI, CPF 222.352.843-53  
Presidente e Administrador no QD E 1 C 10

o Sr. Bonifácio

nomeia e constitui como seu bastante procurador, **Dr. Tiago Luiz Teixeira**, advogado, com registro na OAB/PI nº 7560, com escritório profissional sito à Rua Eletricista Guilherme, nº 954, Bairro Fátima, Nesta Cidade, onde recebe as intimações de estilo, concedendo amplos e ilimitados poderes com as cláusulas **ad judicia e extra** para foro em geral, para representá-lo em qualquer instância ou Tribunal, em qualquer ação em que o(s) outorgante(s) seja(m) autor(es) ou réu(s) ou de qualquer forma interessado(s), em conjunto ou separadamente, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, habilitar e retificar, ceder e prometer, em especial Ação de Divórcio e delas variar ou desistir, acompanhando-as em todos os seus termos até a final, podendo para tanto acordar, agravar ou apelar de qualquer despacho ou sentença, fazer e assinar requerimento, documentos necessários, produzir provas, justificações, renunciar, assinar termo de inventariante, finalmente tudo o que for preciso para o fiel cumprimento deste mandato.

Teresina, PI, 20, Setembro, 2013.

x Francisco de Sales Carneiro

Página 1 de 1

Tiago Luiz Teixeira  
OAB PI 7560

Telefone: 86 9921-2673

Email:  
tiagoluiz.advogado@hotmail.com

