



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
98703 99	24/05/2020 22:59	Certidão	Certidão
97157 00	19/05/2020 10:16	Despacho	Despacho
95893 69	08/05/2020 10:49	Certidão	Certidão
94002 05	26/04/2020 19:48	Documentos	Documentos
94002 06	26/04/2020 19:48	documentação probatoria	Documentos
94002 02	26/04/2020 19:45	Petição	Petição
94002 03	26/04/2020 19:45	FRANCISCO DE SALES BARROSO renda	Petição
81886 97	20/02/2020 14:19	Despacho	Despacho
59420 73	12/08/2019 09:36	Petição Inicial	Petição Inicial
59420 83	12/08/2019 09:36	DOC. 01	Documentos
59420 84	12/08/2019 09:36	PETIÇÃO	Petição
59420 86	12/08/2019 09:36	PROCURAÇÃO	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.

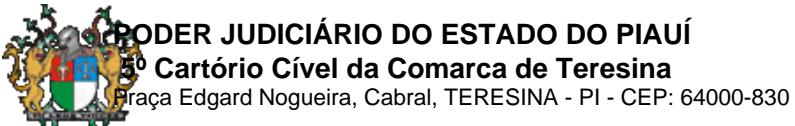
TERESINA-PI, 24 de maio de 2020.

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



Assinado eletronicamente por: PAULO HENRIQUE RIBEIRO DO NASCIMENTO - 24/05/2020 23:00:04
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052422592858200000009388135>
Número do documento: 20052422592858200000009388135

Num. 9870399 - Pág. 1



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.



Assinado eletronicamente por: MARIA DAS NEVES RAMALHO BARBOSA LIMA - 19/05/2020 10:17:19
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051910164560900000009246739>

Num. 9715700 - Pág. 1

Número do documento: 20051910164560900000009246739

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



Assinado eletronicamente por: MARIA DAS NEVES RAMALHO BARBOSA LIMA - 19/05/2020 10:17:19
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051910164560900000009246739>
Número do documento: 20051910164560900000009246739

Num. 9715700 - Pág. 2



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



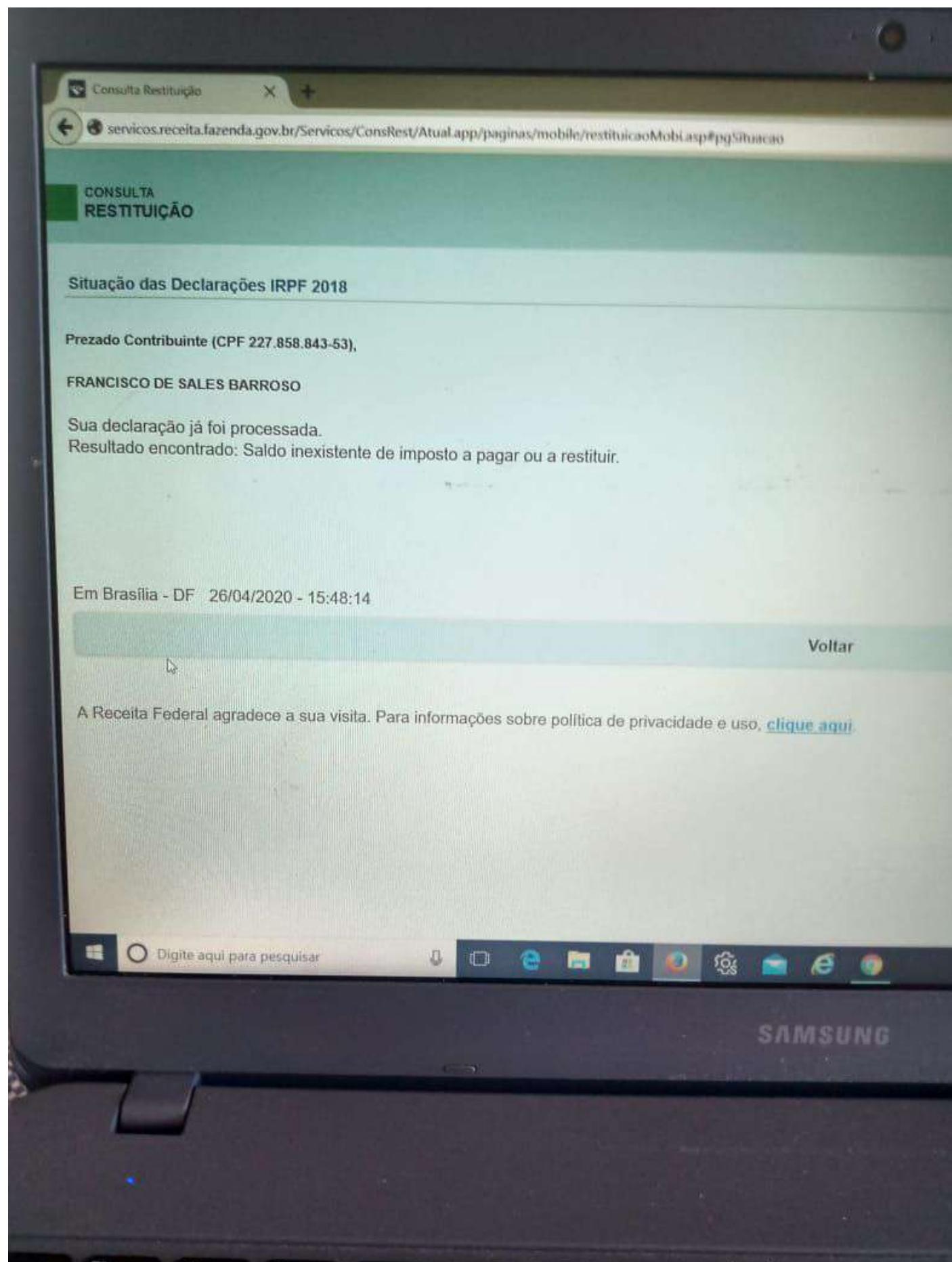
Assinado eletronicamente por: MARIA DE LOURDES FEITOSA SILVA - 08/05/2020 10:50:22
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2005081049542620000009133141>
Número do documento: 2005081049542620000009133141

Num. 9589369 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: LUCIANO ONOFRE FONSECA DE SANTANA - 26/04/2020 19:49:11
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2004261948513420000008961890>
Número do documento: 2004261948513420000008961890

Num. 9400205 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: LUCIANO ONOFRE FONSECA DE SANTANA - 26/04/2020 19:49:11
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2004261948514480000008961891>
Número do documento: 2004261948514480000008961891

Num. 9400206 - Pág. 1

Consulta Restituição X +

servicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/ConsRest/Atual.app/paginas/mobile/restituicaoMobi.asp#pgSituacao

**CONSULTA
RESTITUIÇÃO**

Situação das Declarações IRPF 2018

Prezado Contribuinte (CPF 227.858.843-53),

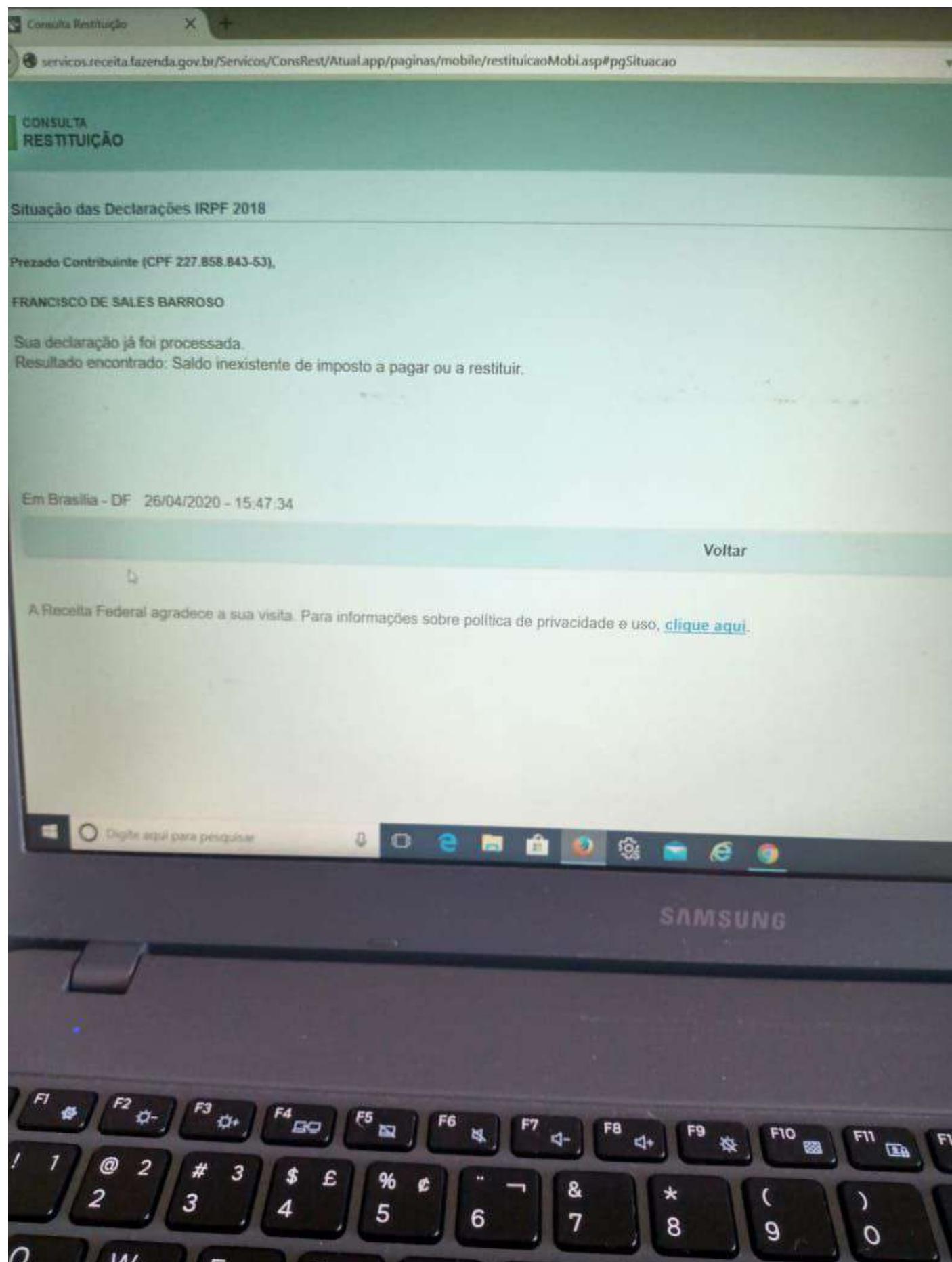
FRANCISCO DE SALES BARROSO

Sua declaração já foi processada.
Resultado encontrado: Saldo inexistente de imposto a pagar ou a restituir.

Em Brasília - DF 26/04/2020 - 15:47:34

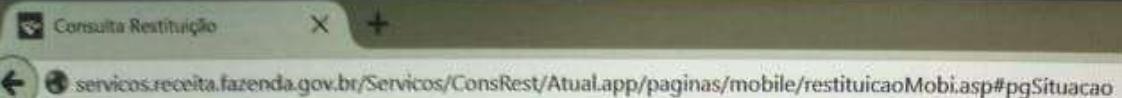
Voltar

A Receita Federal agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, [clique aqui](#).



Assinado eletronicamente por: LUCIANO ONOFRE FONSECA DE SANTANA - 26/04/2020 19:49:11
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2004261948514480000008961891>
Número do documento: 2004261948514480000008961891

Num. 9400206 - Pág. 2



Prezado Contribuinte (CPF 227.858.843-53),

FRANCISCO DE SALES BARROSO

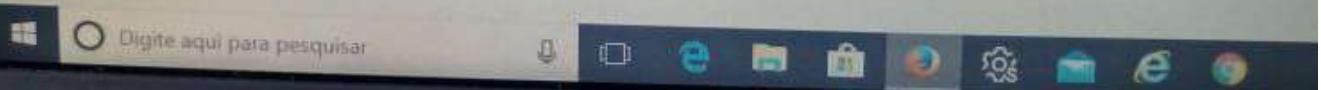
Sua declaração já foi processada.

Resultado encontrado: Saldo inexistente de imposto a pagar ou a restituir.

Em Brasília - DF 26/04/2020 - 15:46:13

[Voltar](#)

A Receita Federal agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, [clique aqui](#).



Assinado eletronicamente por: LUCIANO ONOFRE FONSECA DE SANTANA - 26/04/2020 19:49:11
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2004261948514480000008961891>
Número do documento: 2004261948514480000008961891

Num. 9400206 - Pág. 3



Assinado eletronicamente por: LUCIANO ONOFRE FONSECA DE SANTANA - 26/04/2020 19:45:24
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2004261945046050000008961887>
Número do documento: 2004261945046050000008961887

Num. 9400202 - Pág. 1

**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 ínclita 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.

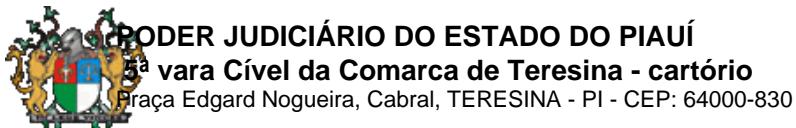
Pede
deferimento.

Teresina, 18 de abril de 2020.

Dr. Tiago Luiz Teixeira
OAB/PI N°7560

Luciano Onofre Fonseca de Santana
OAB /PI nº 10.765





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.

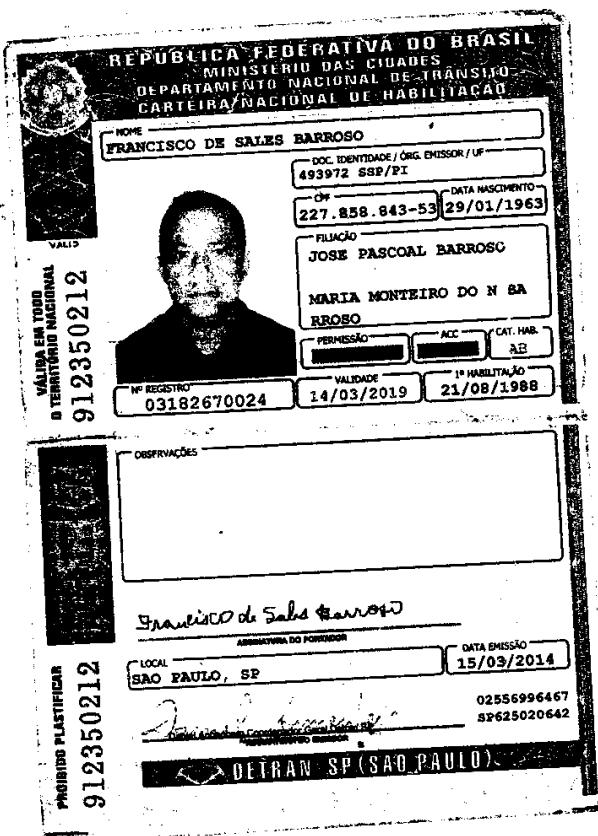
**MARIA DAS NEVES RAMALHO BARBOSA LIMA
Juíza de Direito Titular da 5ª Vara Cível da Comarca de Teresina**





Assinado eletronicamente por: TIAGO LUIZ TEIXEIRA - 12/08/2019 09:36:27
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1908120936270440000005687231>
Número do documento: 1908120936270440000005687231

Num. 5942073 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: TIAGO LUIZ TEIXEIRA - 12/08/2019 09:36:27
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1908120936271810000005687340>
Número do documento: 1908120936271810000005687340

Num. 5942083 - Pág. 1



Eletrobras
Distribuição Piauí

**Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO:**

SEU CÓDIGO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.742/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

MS. M. 1.2.2 v. 10, fol. 17v

à Tarifa Socio de Suministro Eléctrica - TSEES foi criada

FRANCISCO DE SALES BARROSO
LT NOVA SANTANA S/N QD G1 CASA 10 B-RURAL
CPF: 00022785884353
CEP: 64.055-030 - TERESINA

DADOS DA LEITURA	KWH	DATOS DA LEITURA
DATA:	6074	12/06/2018
Anterior:	5979	11/05/2018
Consumo Atual:	1.000	13/07/2018
Consumo Médio:	95	11/06/2018
Consumo Faturado:	95	12/06/2018

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
UF/UFSCaribe	Ligação	Número Medidor	Pasta	Código Faz.	Média 12 meses
PE	RESIDENCIAL	0000000000000000	0000000000000000	0000000000000000	0000000000000000
HISTÓRICO kWh					DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo					
MAI/18	86	CONSUMO	95 A R\$ 0,788843 =	74,94	
ABR/18	84	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		6,60	
MAR/18	.90	DOACAO LBV - 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 TAXAS:					
0 A 15	- 0,579090				



Assinado eletronicamente por: TIAGO LUIZ TEIXEIRA - 12/08/2019 09:36:27
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1908120936271810000005687340>
Número do documento: 1908120936271810000005687340

Num. 5942083 - Pág. 2



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: Almiralice 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	Bairro
TERESINA	POVOADO
Endereço	
ESTRADA DO CENTRO DOS AFONSINHOS, Nº:	
Complemento	Ponto de Referência

Nome: FRANCISCO DE SALES BARROSO
RG: 493972
Mãe: MARIA MONTEIRO DO N.BARROSO
Endereço: QUADRA E 1 , CASA 10, LOTEAMENTO NOVA SANTANA, Nº
Bairro: BOM PRÍNCIPIO
Cidade: TERESINA
Telefone(s): 86-3237-9060 86-8896-3838

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

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.

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616
AGENTE DE POLÍCIA
Almiralice R. Lebre Carlos
Escrivão 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).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO 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: Vivos: _____ Falecidos: _____ 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/beneficiário (declarante) alfabetizado
Local e Data, _____
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | 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: ESCRITÓRIO PIAUÍ

Código: #233995

Identificação

Natureza: individual
 CPF: 227.850.843-53
 Data Nascimento: 29/01/1968

Data Sinistro: 25/11/2017
 Nome: FRANCISCO DE SALES BARRO - 3280/370658

Vítima

CEP: 64.000-030
 Complemento: QUADRA G 1

Logradouro: LOTEAMENTO NOVA SANTA
 Bairro: BOM PRÍNCIPIO

Cidade/UF: Teresina-PI

Sinistro

Data Sinistro: 25/11/2017
 C/I Ocorrência: PI

Horário:
 Cidade Ocorrência: Teresina

Tipo Veículo: 9 - Moto

Pessoas

CPF: 227.850.843-53
 Tipo Beneficiário: Vítima

Nome Benef.: FRANCISCO DE SALES BARR
 Data Nascimento: 29/01/1968

Checklist de Documentos

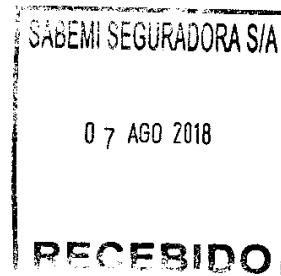
Sinistro

- 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 3229 4972
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 01 CS 10 - BOM PRÍNCIPIO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 29/01/1963	Idade: 54a:10m:27d	Sexo: Masculino Fone: 86-93237-9060
Responsável: GARDEIA ROSA	CNS: 70340710419816	
Profissão:	Documento: CPF: 011.854.681-53	
G. Instrução: Fundamental incompleto	E.Civil: Casad.	
End. Local.: -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 638725	Data: 25/11/2017 20:53:44	Condução:	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOQUELETA (MOTOCICLETA)		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 se apresenta na urgência para atendimento com queixa de dor no braço esquerdo, que surgiu há 1 hora, sem antecedentes de trauma, sem febre, sem náuseas, sem vômitos, sem cefaleia, sem dispepsia, sem diarreia, sem urticária, sem alergia, sem hipersensibilidade.		PONAV PEZENHA HOLANDA COREM: 2664 PI Data: 25/11/2017 20:57:40	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____ : ____)

Traum NO PUNHO (D) Fratura mão direita

PA _____ mmHg	P脉: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Sinais vitais: _____			

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:	
DATA: / / .	HORA: : :

0408030407

André Leal de Oliveira Nascimento
Procedimento: _____
CID: _____

Francisco de Sales Barroso

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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 Francisco de Sales Bonesso | CPF da Vítima 227.858.843-55 | Data do Acidente 25/11/2017

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 Lider 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 03 de Agosto de 2018.

Local e Data

Francisco de Sales Bonesso

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 Nome completo da vítima
227.858.843-53 **Francisco de Sales Barreto**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Francisco de Sales Barreto	CPF titular da conta 227.858.843-53	Profissão Avô
Endereço Lot. Nam Santana D1 - G1 CASA	Número 10	Complemento Zona Rural
Bairro Bom Princípio	Cidade Treze Tílias	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"/> RECUZO 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"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> CONTA NRO. <input type="text"/> D/V	
AGÊNCIA NRO. 3389	D/V <input type="text"/>	AGÊNCIA NRO. 39654	D/V 7
(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.

Terça, 03 de Agosto de 2018.
Local e Data

Francisco de Sales Barreto
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Declaração do proprietário do veículo

Eu, GARDENIA Rosa Monteiro (HAYE) 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.E1 - CASA
10 n° _____ complemento BOM PRINCÍPIO

Declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é (é) 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: Tinor, 09 / 07 / 2018.

Gardenia Rosa m. Charles 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)



Gardenia Rosa Monteiro Charles Barroso
09/07/2018
Ruth Maria Teixeira
Assinatura digitalizada



CARTA DE REANÁLISE

SINISTRO _____

Eu, Francisco de Sales Barroso
Portador do RG: 493972 e CPF 227 858 843 - 33
Endereço: Lot. Nova Santana Qd G1 / casa 10
Bairro: Bom Princípio Cidade: Pereirina 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 SEGUINAS. PASSEI POR UM PROCEDIMENTO CÍRURICO NO PUNHO, E ATÉ OS DIAS ATUAIS, SINTO DOR, SEM FIRMEZA. PEÇO ENCARECIDAMENTE, QUE AVALIEM A MINHA SITUAÇÃO DE CORPO PRESENTE, OU SEJA, ATRAVÉS DE UMA PERÍCIA PARA CONSTATAR EM A LESÃO. SEM MAIS OBRIGADO.

Cidade: Pereirina (PI) 07 / 08 / 2018.

Francisco de Sales Barroso

Assinatura da vítima







HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 - Edanorte - Fone: 86 3218 3448
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.517/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO DE SALES BARROSO** (Frontário: 480648)
Endereço: LDT NOVA SANTANA QD E1 CS 10 - BOM PRÍNCIPIO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 29/01/1963 Idade: 54a9m30d Sexo: Masculino Origem: INTERNACÃO Atendimento: 202945
Requisição: 793312 Solicitação: 26/11/2017 Solicitante: BERGIEL BARBOSA BEZERRA
Controle: 983930 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - F11 ANEXO I EXTRAS 002

RELATÓRIO:

Cod. S/A: 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:

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

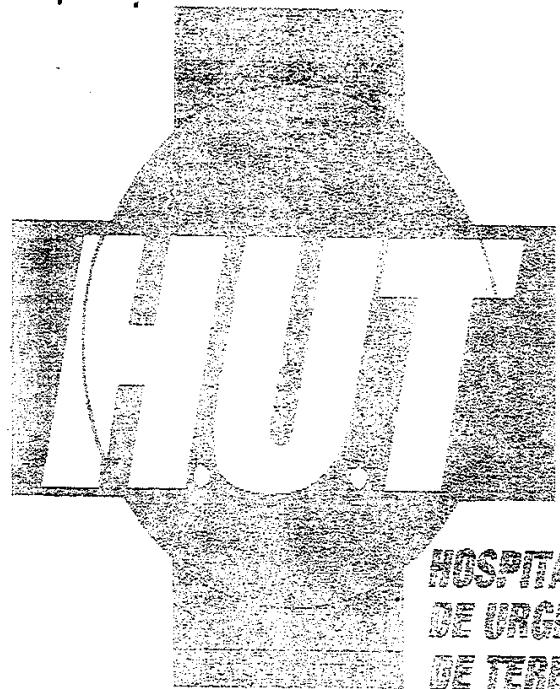
(BRANDI SILVA)

TERESINA - PI 26/11/2017

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

TIAGO LUIZ TEIXEIRA
Assinado em 12/08/2019 09:36:27
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1908120936271810000005687340
Número do documento: 1908120936271810000005687340

Ultra



NOME DO PACIENTE: Francisco de Sales Barreto

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 460 648

[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

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".



Assinado eletronicamente por: TIAGO LUIZ TEIXEIRA - 12/08/2019 09:36:27
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1908120936271810000005687340>
Número do documento: 1908120936271810000005687340

Num. 5942083 - Pág. 14

**HOSPITAL DE URGENCIA 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 E1 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: 703407733419816
Profissão:		Documento: CPF: 211.858.843-53
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E.Civil: Casado
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 638725	Data: 25/11/2017 20:53:44	Condução: (Automóvel) - VIDA CIVIL
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: SUS
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: paciente encaminhado de upa de primorar com quadro de fratura no rádio distal do rádio direito após acidente motoriciclista, há cerca de 1 hora, sem perda de consciência ou náuseas, nega febre, nega alergia medicamentosa.		Profissional Clas. Risco: ROGAF BEZERRA HOLANDA COREM 12664 PI Em: 25/11/2017 20:57:40	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: :)			
TRAUM NO PUNHO/ () FRACTURA RADIO DISTAL			

PA _____ mmHg	P脉: _____	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

André Leal da Vassoura
Ortopedista
Teori 3627/2017/000005525



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
24h

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

SSVV:	(Hora: _____)				
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	Pulso: 0	bpm	Pressão: 0 mmHg

DADOS CLÍNICOS:

queda de moto que resultou em dor e edema em punho

Diagnóstico Inicial:

?

EXAMES COMPLEMENTARES:

Ex

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

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

Egli
20/11/17

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

ALTA COM RECEITA

DATA: / / . **HORA:** :

Francisco Sales Barroso

Assinatura Paciente ou Responsável

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





Fundação Municipal de Saúde

SUS

17 577 205/0015 - 32
UPA RENASCENÇA
Rua Rio Verde Nº 2819-
Renascença III --
CEP 64082-110
Teresina-PI



Senha: 25112037013

SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

De:	UDA	Para:	HUT
Francisco de Sales Bentes		Registro:	
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO			
<p>Paciente, 51 anos de idade, Fme que de noite com traumatismo de punho que resultou em fratura fechada de extremidade distal de rádio. Pele íntegra e idonea 2+ / 4+</p> <p>Encaminha p/ Cirurgia</p>			
TERESINA-PI 25/11/17		Dr. Dalton Moura ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRG 1010000000119 	
Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo			

FICHA DE RETORNO

De:	Para:
DIAGNÓSTICO	
 	
TERESINA-PI	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo





PRESCRIÇÃO MÉDICA



Fundação Municipal de Saúde

Francisco de Sales Marques
NOME DO PACIENTE
Francisco de Sales Balao
NOME DO PACIENTE
PR
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES

PRESCRIÇÃO MÉDICA
DATA: 25/01/2022 HORA:

- 1 - Dieta geral
- 2 - SF 0,9% 500ml
- 3 - Dipirrona 01 a
- 4 - Tenoxicam 20mg
- 5 - Ranitidina 50mg
- 6 - Plastil 01 am
- 7 - CEGG + SSS

MÉDICO/CRM:

Mod: 007





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

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>Francisco</i>	PROTEGÉRIO Nº:	
DIAGNÓSTICO:	<i>Fractura de joelho</i>	CIRURGIA:	<i>Jornal</i>
ANESTESIA:	<i>B-CP Bz.</i>	Nº DA SALA:	<i>09</i>
CIRURGÃO:	<i>Dr. Beiraute</i>	CPF Nº:	
AUXILIAR:	<i>Dr. Beiraute</i> <small>ORTOPEDISTA-TRAUMATOLOGO</small>	CPF Nº:	
ANESTESIA:	<i>Dr. Fernando</i>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<i>Conselho</i>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	24	01	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº	70	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº	7.5	03	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO		08	
ALCOOL 70%	ML	200		PVP DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA			PVP TÓRICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVP 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>cremam</i>	-L	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<i>elofrados</i>	-	05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<i>escovas</i>	-	03	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:	<i>Desterro</i>		
PROLENE							

MOD - 094





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente	Francisco de Sales Borges		
Diagnóstico pré-operatório	Fractura de rádio distal D		
Operação - Tipo	Ortopédica		
Cirurgião	Dr. Bergiel Barbosa Bezerra	1º Assistente	Dr. Flávio
2º Assistente	Dr. Bergiel Barbosa Bezerra ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PI 3999	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia Bloqueio	
Anestésico(a)	DR. Fernanda		
Data da Operação	26/11/19	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório			

Relatório Imediato do Patologista

VJ

Acidente Durante a Operação

Descrição da Operação
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Pit no mês passado quebra de placa bivalve
D. Sra. e adesivo e cunha óssea.
Reduziu de fratura de rádio distal D e
fixou com fios de Kirschner sob
anestesia; curado; ferida grande

Dr. Bergiel Barbosa Bezerra
ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 3999

Mod. 76 HUT



Seguradora Líder • DPVAT**SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS****INVALIDEZ PERMANENTE****IDENTIFICAÇÃO**VÍTIMA Françisco de Souza BarretoDATA DO ACIDENTE 25/11/2017 CPF DA VÍTIMA 227.853.843-53**PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO**QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTEESCO COM A VÍTIMA É Françisco de Souza BarretoENDERECO DO PORTADOR 651 Novo Sumaré Qd 61 CptoNº 55 COMPLEMENTO CIDADE Treze Tílias UF PI CEP 64000-000E-MAIL **MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:****DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE** REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÉNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA BOLETO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS** CARTERA 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)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA 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 6.139/74.
- DESPESAS MÉDICAS (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, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204.

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE CARTERA 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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

ASSINATURA

ASSINATURA

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA 03/08/2018

DATA

IDENITDADE 493.911.552/01

NOME

ASSINATURA

ASSINATURA



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURADO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

IDÉNTIFICAÇÃO
VÍTIMA Franisco de Sales Bento
DATA DO ACIDENTE 25/11/2018 CPF DA VÍTIMA 221.858.843-53

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Franisco de Sales Bento
ENDERECO DO PORTADOR Lot. Mocia Santanna, QD 61 CASA

Nº 40 COMPLEMENTO BAIRRO Bom Princípio

CIDADE Treze Irma UF RJ CEP 64000.000

E-MAIL TELEFONE (26) 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 VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

- NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

- BOLETTIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

- (ORIGINAIS)

- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM 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 (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL (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 E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MÉNOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00**
INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 3.500,00 ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 11.947/94.
DESPESAS MÉDICAS (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 FORMULARIO**
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204**

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA 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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE: DATA 17/10/2018 IDENTIDADE 493972 SSP RJ

RESPONSÁVEL TIAGO LUIZ TEIXEIRA DE SEGUROS

DATA NOME

ASSINATURA

Françaço da Salva DPVAT





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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 Francisco de Souza Barroso	CPF da Vítima 227.858.843-53	Data do Acidente 25/11/2018
--	--	---------------------------------------

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.

POLO DE ATENDIMENTO
DE SEGUROS

17 JUL 2018

DPVAT

Terrei na 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'

François de Sales Corrêa, Presidente e dono de casa no ODFI C 10
RG 493 872 550 PI, CEP 750.843-53

o Bem Princípio

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 Civil Pública 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 de fevereiro de 2019.

x François de Sales Corrêa

Página 1 de 1

Tiago Luiz Teixeira
OAB PI 7560

Telefone: 86 9921-2673

Email:

tiagoluiz.advogado@hotmail.com

