



Número: **0821312-91.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **24/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
PABLO DANILO COUTINHO MENDES (AUTOR)		FRANCISCO REINALDO DE SOUSA FILHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12122 136	24/09/2020 16:23	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
12122 395	24/09/2020 16:23	<a href="#">Carteira de trabalho - sem assinaturas</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
12122 397	24/09/2020 16:23	<a href="#">comprovante de residencia</a>	Documentos
12122 399	24/09/2020 16:23	<a href="#">DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA - Pablo Danilo Coutinho Mendes</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
12122 401	24/09/2020 16:23	<a href="#">Declaração de Isenção do Imposto de Renda Pessoa Física - Pablo Danilo Coutinho Mendes</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
12122 402	24/09/2020 16:23	<a href="#">Pablo Danilo Coutinho - docs que instruem a inicial ---</a>	Documentos
12122 403	24/09/2020 16:23	<a href="#">PROCURAÇÃO - Pablo Danilo Coutinho Mendes</a>	Procuração

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA \_\_\_\_\_ VARA CÍVEL DA  
COMARCA DE TERESINA – PI**

**PABLO DANILO COUTINHO MENDES**, brasileiro, desempregado, inscrito sob o CPF nº 024.975.533-51 e RG nº 5.047.019 SSPPI, residente e domiciliado na rua Chilon Cordeiro, 2370, Primavera, CEP: 64.002-610, Teresina, - PI, vem respeitosamente perante Vossa Excelência, por intermédio de seus advogados e bastantes procuradores, conforme procuração em anexo, requerer

**AÇÃO DE COBRANÇA DE (DIFERENÇA DE SEGURO) DPVAT**

em face **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04, sediada na Avenida Senador Dantas, nº 74, 5º andar – centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 200312-205, com arrimo na LEI Nº 6.194, DE 19 DE DEZEMBRO DE 1974, alterada pela Lei 8441/92 e com base nos fatos e fundamentos jurídicos que ora se seguem:

**1-PRELIMINARMENTE**

**A) Da Justiça Gratuita**

Inicialmente declara o requerente ser pessoa pobre, que não possui condições financeiras e nem econômicas para arcar com custas processuais, inclusive por estar com sequelas devido ao acidente que será informado nos próximos tópicos. Por isso, requer que seja concedido o benefício da Justiça Gratuita instituída pelo artigo 5º, LXXIV, da Constituição Federal, e da Lei nº 1.060/50. (Declaração de hipossuficiência em anexo)

Assim, a parte Autora junta a presente afirmação de pobreza, nos termos do Art. 4º, da Lei 1.060/50, onde basta a afirmação de que não possui condições de arcar com custas e honorários, sem prejuízo próprio e de sua família, na própria petição inicial ou em seu pedido, a qualquer momento do processo, para a concessão do benefício, pelo que nos bastamos do texto da lei, in verbis;

Art. 4º. A parte gozará dos benefícios da assistência judiciária, mediante simples afirmação, na própria petição inicial, de que não está em condições de pagar às custas do processo e os honorários de advogado, sem prejuízo próprio ou de sua família. (Redação dada pela Lei nº 7.510, de 1986). §1º. Presume-se pobre, até prova em contrário, quem afirmar essa condição nos termos desta lei, sob pena de pagamento até o décuplo das custas judiciais.

**B) Da autenticidade dos documentos**

Ainda em sede de preliminar, a peticionante declara que os documentos e cópias



reprográficas e reproduções digitais das peças que compõe a presente exordial, são autênticos e conferem sua integralidade com os originais, sendo declarado por expressa liberalidade do causídico, conforme preceitua o art. 425, IV, do NCPC, in verbis:

Art. 425. Fazem a mesma prova que os originais: [...] IV - as cópias reprográficas de peças do próprio processo judicial declaradas autênticas pelo advogado, sob sua responsabilidade pessoal, se não lhes for impugnada a autenticidade;

Assim sendo uma faculdade, imposta como meio de facilitar o prosseguimento do feito, é que de pronto fica declarada a autenticidade das cópias e documentos integrantes da presente peça.

## **2-DOS FATOS**

O Requerente é beneficiário da indenização por danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT, que compreende invalidez, conforme comprovam os documentos inclusos.

O direito a indenização da requerente surgiu em decorrência de acidente automobilístico ocorrido em 06/11/2017 **(B.O em anexo)**, tendo recebido da requerida administrativamente o valor de R\$ 2.362,50 (um mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos) à indenização de convênio do seguro obrigatório –DPVAT- como faz prova a consulta do benefício em **anexo**.

Em virtude do acidente de trânsito, sofreu o requerente varias escoriações no corpo, com trauma em região do MID. Foi feito exame **(doc em anexo)**, onde ficou constatado uma fratura completa de tíbia, como sequelas operatórias.

O suplicante, ao tomar ciência acerca dos direitos que lhe compete, ingressou com o pedido na seara administrativa. Em resposta ao seu pedido, o autor **recebeu apenas a importância de R\$ 2.362,50 (um mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)** da seguradora, quantia essa inferior ao valor fixado pela Lei 6.194/74 que possui direito.

Não concordando com o valor, tendo em vista o dano sofrido e o limite máximo do valor estipulado pelo art 3º, inciso II, da Lei nº 6.194/74, de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), o requerente vem perante esse juízo para postular o valor devido.

Adverte que a debilidade **limitou seus movimentos do MID, tendo o requerente, dificuldade em se locomover, conforme laudo médico anexado aos autos, configurando perda funcional do MID**, sendo necessário a realização de uma avaliação médica por perito judicial nomeado por este juízo para dirimir tal controvérsia tudo conforme a tabela legal, anexa da Lei nº 6.194/74.

Denota-se legítimo o dever da Ré em efetuar o pagamento da diferença da indenização do seguro obrigatório DPVAT, ora pleiteado, depois de ser realizada a perícia, visto que a mesma pertence ao rol de segurados que compõem atualmente o Consórcio referente ao Convênio DPVAT.

## **3-DO DIREITO**

### **3.1 Da Solidariedade das Seguradoras Participantes do Consórcio**



A Requerida é Seguradora regularmente conveniada Junto à Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, logo, encontra-se legalmente obrigada a cumprir os termos estipulados para operar junto ao seguro DPVAT.

Ainda, ante o princípio da solidariedade, a requerida está legitimada para figurar no polo passivo da presente demanda, conforme prevê o art. 7º, *caput*, da Lei nº6.194/74, *in verbis*:

Art. 7º A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.

Nesse sentido:

**Ementa:** APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA - DPVAT - COMPLEMENTAÇÃO - REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO REMETIDO A **SEGURADORA** DIVERSA - VALIDADE - **SOLIDARIEDADE** ENTRE AS **SEGURADORAS** - INTERESSE PROCESSUAL - PRESENÇA. Mostra-se perfeitamente possível à vítima de acidente de trânsito pleitear, judicialmente, o recebimento da indenização DPVAT contra **seguradora** diversa daquela à qual foi dirigido o requerimento administrativo, haja vista que as instituições que asseguram o pagamento em questão são solidariamente responsáveis pelas indenizações.

**TJ-MG - Apelação Cível AC 10313150111653001 MG**

Acrescenta que a Portaria nº 2797/2007 da Susep concedeu autorização à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A para representar todas as seguradoras do consórcio.

Logo, é parte legítima para responder pela demanda a empresa **SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DPVAT**, porquanto integrante do consórcio de seguradoras responsáveis pelo pagamento do seguro DPVAT.

### **3.2 Do Seguro DPVAT por Acidente**

O art. 3º da Lei nº 6.194/74, estabelece que os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar, conforme se vê abaixo:

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

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

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

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima



- no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

Esse mesmo artigo traz as formas de pagamento nos incisos do § 1º:

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do **caput** deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

**I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e**

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

Os documentos anexados nesta exordial provam de forma inequívoca que houve o acidente de trânsito, bem como o nexo de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele decorrente, fazendo jus à parte autora ao recebimento do seguro obrigatório nos termos do art. 5º da Lei nº 6.194/74, que assim dispõe:

Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

**Assim, resta claro que o requerente deve ser indenizado pelo seguro, como medida de direito, visto que sofreu um acidente de trânsito que resultou em invalidez permanente, tendo o requerente, dificuldade em se locomover, conforme laudo médico anexado aos autos, configurando perda funcional do MID. É o que se requer.**

### **3.3 Da Atualização Monetária Sobre o Valor já Pago Administrativamente e Sobre o Valor Devido**

A Requerida ao pagar o valor do seguro DPVAT administrativamente ao Requerente pagou apenas o valor que entendeu devido sem a atualização monetária. Conduta esta contrária



ao entendimento recente do Colendo Superior Tribunal de Justiça - STJ em sede de recurso repetitivo:

RECURSO ESPECIAL REPETITIVO. CIVIL. SEGURO DPVAT. INDENIZAÇÃO. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA. TERMO 'A QUO'. DATA DO EVENTO DANOSO. ART. 543-C DO CPC. 1. Polêmica em torno da forma de atualização monetária das indenizações previstas no art. 3º da Lei 6.194/74, com redação dada pela Medida Provisória n. 340/2006, convertida na Lei 11.482/07, em face da omissão legislativa acerca da incidência de correção monetária. 2. Controvérsia em torno da existência de omissão legislativa ou de silêncio eloquente da lei. 3. Manifestação expressa do STF, ao analisar a ausência de menção ao direito de correção monetária no art. 3º da Lei nº 6.194/74, com a redação da Lei nº 11.482/2007, no sentido da inexistência de inconstitucionalidade por omissão (ADI 4.350/DF). 4. Para os fins do art. 543-C do CPC: **A incidência de atualização monetária nas indenizações por morte ou invalidez do seguro DPVAT, prevista no § 7º do art. 5º da Lei n. 6194/74, redação dada pela Lei n. 11.482/2007, opera-se desde a data do evento danoso.** 5. Aplicação da tese ao caso concreto para estabelecer como termo inicial da correção monetária a data do evento danoso. 6. RECURSO ESPECIAL PROVIDO.

(STJ - REsp: 1483620 SC 2014/0245497-6, Relator: Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, Data de Julgamento: 27/05/2015, S2 - SEGUNDA SEÇÃO, Data de Publicação: DJe 02/06/2015)

Entendimento este sedimentado no STJ, a teor do que dispõe a **Súmula 580: a correção monetária nas indenizações do seguro DPVAT por morte ou invalidez, prevista no parágrafo 7º do art. 5º da Lei nº 6.194/74, redação dada pela Lei nº 11.482/07, incide desde a data do evento danoso.** (Súmula 580, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 14/09/2016, DJe 19/09/2016).

Observa-se que a correção monetária trata-se não de acréscimo patrimonial, mas de adequação do valor da moeda à realidade inflacionária.

Por fim, aplicando tal orientação ao caso concreto, cumpre condenar a requerida a corrigir monetariamente o valor da indenização recebida pelo autor na esfera administrativa, desde a data do evento danoso até o respectivo pagamento parcial, e, depois de deduzida a quantia recebida, o valor remanescente deverá ser igualmente atualizado, até o efetivo pagamento.

#### 4-DOS PEDIDOS

Ante o exposto, requer-se a Vossa Excelência:

- a) **A desistência da audiência de conciliação e mediação**, ante ao desinteresse da Seguradora Ré pela realização de acordos nos processos referentes à matéria em questão, nos termos do artigo 334, § 5º do NCPC;
- b) Que seja concedido ao requerente o benefício da justiça gratuita por ser pobre na forma da Lei, conforme art. 5º, LXXIV, da Constituição Federal, e da Lei nº 1.060/50;



- c) Que seja a RÉ citada no endereço acima através de seu representante legal, para, querendo, contestar a presente ação no prazo legal, sob pena de revelia, nos termos do art. 344 do NCPC;
- d) Que seja determinada a **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA em favor do consumidor**, face à verossimilhança das alegações e sua cabal hipossuficiência técnica e financeira, por força do art. 6º, inciso VIII, do CDC, para determinar que a seguradora Ré, durante a fase instrutória apresente o processo administrativo juntamente com o laudo pericial e as conclusões médicas que ensejaram o pagamento a menor da indenização;
- e) Que **seja nomeado médico local** competente por este douto juízo para realização da perícia no autor, custeada pela requerida, de preferência nas próprias dependências do Fórum, respondendo aos quesitos elencados no final desta peça, na forma do **Convênio nº 69/2015, celebrado entre TJ/PI e a Seguradora Líder**, nos termos dos artigos 464 e seguintes do NCPC;
- f) Que seja a Ré condenada ao pagamento do valor de **R\$ 11.137,50 (onze mil cento e trinta e sete reais e cinquenta centavos)**, correspondente a diferença da indenização paga e a realmente devida, que deverá ser acrescido de correção monetária a partir do evento danoso e de juros de mora no percentual de 1% ao mês a contar da citação da requerida
- g) Que seja a RÉ condenada ao pagamento das custas e honorários advocatícios a ser fixado por este Juízo nos termos do art. 85 do NCPC;

Os advogados peticionantes declaram autênticas e verdadeiras todas as documentações juntadas à presente petição, atendendo ao disposto no artigo 425, inciso IV, do NCPC.

Protesta provar o alegado por todas as provas em direito admitidas, em especial pela prova material que instrui essa inicial e a realização de perícia médica, sem prejuízo de outras provas eventualmente cabíveis e desde já requeridas.

**Dá-se à causa, o valor de R\$ 11.137,50 (onze mil cento e trinta e sete reais e cinquenta centavos).**

Nestes termos, pede e espera deferimento como medida de inteira justiça.

Teresina, 21 de setembro de 2020

**FRANCISCO REINALDO DE SOUSA FILHO**  
**OAB/PI 17.395**  
(assinado digitalmente)

#### **DOS QUESITOS PERICIAIS:**



1. O requerente possui doença/enfermidade? Qual e desde quando? Tal doença/enfermidade foi causado pelo referido acidente de trânsito sofrido, ou por ele foi agravado?
2. Do acidente de trânsito sofrido, houve ofensa à integridade física do Requerente?
3. Do acidente de trânsito sofrido, resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? E deformidade permanente? Em qual região do corpo? Houve dano da parte estética?
4. A debilidade/deformidade permanente ocasionada impede o requerente de levar uma vida comum? Gera limitações? Resulta-lhe em perigo de vida?
5. O acidente de trânsito resultou em perda ou diminuição de função de algum órgão do periciado e se o quadro clínico apresenta disfunções apenas temporárias ou se o dano funcional é permanente?
6. Existe tratamento médico/cirúrgico capaz de reverter a situação do Requerente? Tal procedimento é viável e acessível às pessoas de situação financeira hipossuficiente? Tal tratamento é eficaz? Qual a porcentagem?
7. A invalidez do Requerente pode ser fixada em repercussão total, intensa, média, leve ou residual? Qual a porcentagem da invalidez?





está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Converse e discussão no trabalho predispoem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas, protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Para a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la. Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manuseio dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

045276 Série 00027-PI

Número



*Francisco Reinaldo de Sousa Filho*  
ASSINATURA DO PORTADOR





# QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Pablo Danilo Coutinho Mendes  
 Loc. Nas Ceresina Est. PE Data 12/05/91  
 Filiação Daniel Alves Mendes e Elza Leina  
Coutinho Mendes  
 Doc. Nº R.G. 5047019-1 SS-PP DT-Exp. 25/01/09

## ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em ..... / ..... / ..... Doc. Ident. Nº .....  
 Exp. em ..... / ..... / ..... Estado .....  
 Obs.: .....  
 Data Emissão 27/08/08 DRT SINE-PE

Marla do Socorro Menezes de Sousa  
Expediente  
 Assinatura do Funcionário

## ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome .....

Doc. ....

Nome .....

Doc. ....

Nome .....

Doc. ....

Est. Civil .....

Doc. ....

Est. Civil .....

Doc. ....

Nascimento .....

Doc. ....



## REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

Registrado em ..... / ..... / ..... como  
 N.º ..... Liv. .... Fls. .... Data ..... Sob  
 DRT .....  
 .....

Ass. do Funcionário

Registrado em ..... / ..... / ..... como

Nº .....	Liv. ....	Fls. ....	Data .....	Sob .....
DRT .....				
			Ass. do Funcionário	

Ass. do Funcionário

Registrado em ..... / ..... / ..... como  
Sch

Registrado em ..... / ..... / ..... como .....  
Sob .....  
Nº ..... Liv. .... Fls. .... Data .....  
DRT .....  
Ass. do Funcionário

Ass. do Funcionário

Registrado em ..... / ..... / ..... como  
Sob

So

Nº	Liv.	Fls.	Data
DRT			

Ass. do Funcionário

## DEPENDENTES

[illegible]

## CARTEIRAS ANTERIORES

[illegible]



## CONTRATO DE TRABALHO

Empregador .....

CNPJ/MF .....

Rua ..... N° .....

Município ..... Est. ....

Esp. do Estabelecimento .....

Cargo ..... CBO n° .....

Data admissão ..... de ..... de .....

Registro n° ..... Fls. /Ficha .....

Remuneração especificada .....

.....

.....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª ..... 2ª .....

Data saída ..... de ..... de .....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª ..... 2ª .....

Com. Dispensa CD N° .....

## CONTRATO DE TRABALHO

Empregador .....

CNPJ/MF .....

Rua ..... N° .....

Município ..... Est. ....

Esp. do Estabelecimento .....

Cargo ..... CBO n° .....

Data admissão ..... de ..... de .....

Registro n° ..... Fls. /Ficha .....

Remuneração especificada .....

.....

.....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª ..... 2ª .....

Data saída ..... de ..... de .....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª ..... 2ª .....

Com. Dispensa CD N° .....



# CONTRATO DE TRABALHO

Empregador .....

CNPJ/MF .....

Rua ..... Nº .....

Município ..... Est. ....

Esp. do Estabelecimento .....

Cargo .....

..... CBO nº .....

Data admissão ..... de ..... de .....

Registro nº ..... Fls. /Ficha .....

Remuneração especificada .....

.....

.....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª ..... 2ª .....

Data saída ..... de ..... de .....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª ..... 2ª .....

Com. Dispensa CD Nº .....

# CONTRATO DE TRABALHO

Empregador .....

CNPJ/MF .....

Rua ..... Nº .....

Município ..... Est. ....

Esp. do Estabelecimento .....

Cargo .....

..... CBO nº .....

Data admissão ..... de ..... de .....

Registro nº ..... Fls. /Ficha .....

Remuneração especificada .....

.....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª ..... 2ª .....

Data saída ..... de ..... de .....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1ª ..... 2ª .....

Com. Dispensa CD Nº .....







**Agora, a NET  
está na Claro-**



CTCE SALVADOR BA PL11  
PABLO DANILO COUTINHO MENDES  
R CHILON CORDEIRO, 2370, CASA 1  
PRIMAVERA  
64002-610 TERESINA - PI



063101702353  
Data de Postagem: 12/09/19  
Vencimento: 20/09/2019

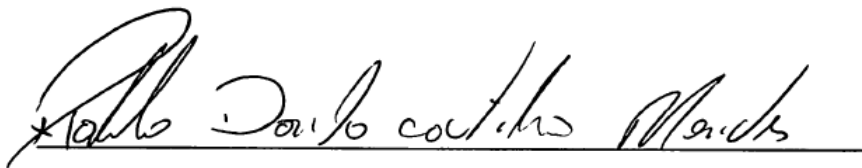
24 de set de 2020 15:18



## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

**Pablo Danilo Coutinho Mendes**, brasileiro, desempregado, inscrito sob o CPF nº 024.975.533-51 e RG nº 5.047.019 SSPPI, residente e domiciliado na rua Chilon Cordeiro, 2370, Primavera, CEP: 64.002-610, Teresina, - PI, **DECLARO**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 NCPC, Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Teresina, 15.09.2020



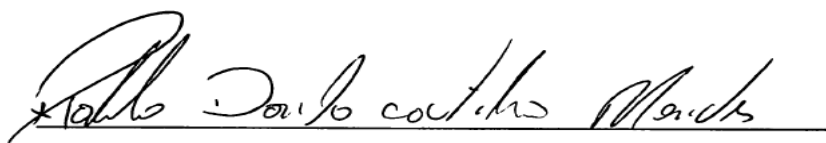
**Declaração de Isenção do Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF)**

**Eu, Pablo Danilo Coutinho Mendes**, brasileiro, desempregado, inscrito sob o CPF nº 024.975.533-51 e RG nº 5.047.019 SSPPI, residente e domiciliado na rua Chilon Cordeiro, 2370, Primavera, CEP: 64.002-610, Teresina - PI, **DECLARO** ser isento(a) da apresentação da Declaração do Imposto de Renda Pessoa Física (DIRPF) nos exercício(s) 2018/2019 por não incorrer em nenhuma das hipóteses de obrigatoriedade estabelecidas pelas Instruções Normativas (IN) da Receita Federal do Brasil (RFB).

Esta declaração está em conformidade com a IN RFB nº 1548/2015 e a Lei nº 7.115/83\*.

Declaro ainda, sob as penas da lei, serem verdadeiras todas as informações acima prestadas.

Teresina, 15.09.2020



**LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.**

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. . 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interessado ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira. Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. . 2º - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. . 3º - A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.


Art. . 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. . 5º - Revogam-se as disposições em contrário.





*nelly*  
**RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

*OK*  
**IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO**

ASL-0361342/19

**Vítima:** PABLO DANILO COUTINHO MENDES

**CPF:** 024.975.533-51

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 06/11/2017

**Títular do CPF:** PABLO DANILO  
COUTINHO MENDES

**CPF de:** Próprio

*3190588424*

**DOCUMENTOS APRESENTADOS**

**Sinistro**

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91**

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

**PABLO DANILO COUTINHO MENDES : 024.975.533-51**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

*2.362,50*  
*30/10/19*  
*9976-5675*  
*3084-2022*

**ATENÇÃO**

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do Interessado/vítima.

**Portador da documentação apresentada**

Data da apresentação: 16/10/2019  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

\_\_\_\_\_  
NELLE ROZE SOARES MARQUES

**Responsável pelo cadastramento na seguradora**

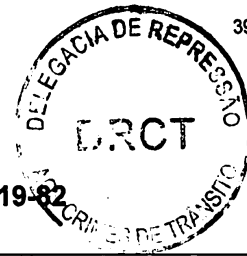
Data do cadastramento: 16/10/2019  
Nome: Danielle Nobre de Sousa

*[Assinatura]*  
\_\_\_\_\_  
Danielle Nobre de Sousa





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



392 v. 1.1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003733/2019-82

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

Data/Hora: 27/09/2019 - 15:52

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

554088

Data/Hora

06/11/2017 - 11:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

BUENOS AIRES

Endereço

AV. ALVES NORONHA, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: PABLO DANILO COUTINHO MENDES

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 5047019

Mãe: ELZA LINA COUTINHO MENDES

Endereço: RUA CHILON, Nº 2370

Bairro: PRIMAVERA

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9976-5675

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO YAMAHA/FACTO 125, ANO 2012/13, PROPRIETÁRIO FERNANDO ITALO DA SILVA MELO, RELATA QUE TRAFEGAVA NA CITADA AVENIDA NA PISTA DA DIREITA, QUANDO PASSOU PARA A ESQUERDA, UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO TAMBÉM PASSOU, QUANDO O MESMO VOLTOU PARA A DIREITA, O VEICULO VOLTOU TAMBÉM, ONDE HOVE A COLISÃO, ONDE A VITIMA SAIU LESIONADO, SOCORRIDO PELO SAMU, ENCAMINHADO PARA O HUT, PRONTUÁRIO 107564. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat.  
AGENTE DE POL

PABLO DANILO COUTINHO MENDES - Noticiante  
Responsável pela Informação

Lucy Kelko Leal Parreira  
Delegada Geral da Polícia Civil-PI  
Mat.: 196.331-7



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Fernando Italo da Silva Melo  
RG nº 3472657, data de expedição 19/09/2017  
Órgão SSP - PI, portador do CPF nº 048.280.513-76  
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de  
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Mestre Antonio Mourão, nº 646  
complemento Parravara, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
X Pablo Danilo Caurinho Mendes, cujo o condutor era  
+ Pablo Danilo Caurinho Mendes.  
Veículo: motocicleta Modelo: Yamaha/Factor 125 Ano: 2012  
Placa: NIV 4464 Chassi: 9CGKE1520J0133203  
Data do Acidente: 06/11/2017

Local e Data:

Teresina piaui 19/08/19

Fernando Italo da Silva Melo

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor  
( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

Cartório  
Themistocles  
Sampaio

**TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS**

Rua Lázaro Magalhães, 1223 - Centro - CEP: 64000-200 - Teresina-PI - Fone: (06) 3224-0153 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br  
Rúbricas: Anatália Gonçalves de Sampaio Pereira


RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FERNANDO ITALO DA  
SILVA MELO. DOU FE. EM TEST. Sim DA VERDADE.  
Teresina-PI, 19/08/2019. Selo: AAH59328-QCHF  
[www.tjpi.jus.br/portalextra](http://www.tjpi.jus.br/portalextra)

Maria do Socorro de Carvalho de Sene-Escrevente Autorizada  
Emol:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:479  
DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Cartório Themistocles Sampaio  
3º OFÍCIO DE NOTAS  
Maria do Socorro de Carvalho de Sene  
Escrevente Autorizada  
Teresina - PI


CONSULTE O SELO  
DIGITAL





Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

**REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**  
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



**SAMU 192**

---

Dados do Chamado

01 Nº do chamado: 0668 / 03 06 14 17

02 Data do chamado: 03/06/2020

03 PRO (código): 9904

04 Saída do PA: 11:38

05 Chegada ao local: 11:55

---

Local da Ocorrência

06 Saída do local: 12:10

07 Chegada ao 1º hospital: 12:31

08 Saída do 1º hospital:

09 Chegada ao 2º hospital:

---

Local da Ocorrência

10 Endereço: Avenida Alves Noronha S/N

11 Bairro: Buenos Aires

12 Município-UF: Teresina/PI

13 Ponto de referência: Perfil Motor / Águas de Texasina

14 Nome: Pablo Danilo Coutinho Mendes

15 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino ☐ Ignorado

---

Dados do Paciente

16 Idade: 26 Anos

17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? ☒ Não ☐ Sim ☐ Ignorado

---

Tipo de Ocorrência

18 Tipo de ocorrência:

01 - Acidente de transporte	06 - Tentativa de suicídio	11 - Queda	16 - Outros
02 - Agressão física-espantamento	07 - Envenenamento	12 - Urgência clínica	17 - Já removido
03 - Agressão física-FAF	08 - Afogamento	13 - Urgência obstétrica	18 - Falso chamado
04 - Agressão física-FAB	09 - Queimadura	14 - Transferência	
05 - Urgência psiquiátrica	10 - Choque elétrico	15 - Exames complementares	

---

Acidente de Transporte

19 Vítima: ☒ Condutor ☐ Passageiro ☐ Ignorado

20 Meio de locomoção: ☒ Carro ☐ Ônibus/Micro-ônibus ☐ Outro

21 Outra parte envolvida: ☒ Automóvel ☐ Motocicleta ☐ Ônibus/Micro-ônibus ☐ Bicicleta

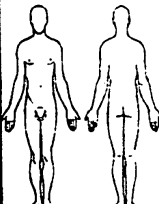
22 Equipamentos de segurança: ☒ Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança

---

Exame Físico

23 Glasgow = 15

24 Sinais Vitais: Pulso, Resp., PA, TAX, SatO2

25 Local da lesão: 

---

Exame Físico

26 Pupilas: ☒ Iguais ☐ Desiguais

27 Pulso: ☒ Radial ☐ Central

28 Sangramento: ☒ Não ☐ Sim

29 Dor: ☒ Sim ☐ Não

30 Escala de Dor de 0 a 10: 0 - Sem Dor, 1 - Leve, 2 - Moderada, 3 - Intensa, 4 - Muito Intensa

---

Assistência

31 Procedimentos realizados: ☒ Aspiração ☒ Prancha longa/curta ☒ Imobilização de extremidades ☒ Glicemia ☐ Acesso Venoso ☐ Medicamentos a) ☐ b) ☐ c)

32 Hospital de Destino: HUT

33 Condições de entrada: ☒ 1-Melhorado ☐ 2-Piorando ☐ 3-Imalterado

34 Óbito: ☐ Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte

---

Observações Interdisciplinar

colisão moto/carro. Paciente consciente, orientado, fala, eupneico, acianótico, condutor, com capacete, não alcoolizado. Relata dor com restrição de movimentos em MTJ.

---

Responsável pela recepção: Liara Plus

Socorristas: Médico Shenan AE/TE

Enfermeiro P. Silva Condutor





**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE:

Roberto Dantas Galvão

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

102 764

**SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME**

"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO  
INTERESSADO REQUERER CÓPIAS NECESSÁRIAS  
PARA APLICAÇÃO".





Imp: 06/11/2017 12:41:13

## user: 123456789

(ES-LACAC: 86510301A0)


**DADOS DO PACIENTE:**

<b><u>Nome:</u></b> PABLO DANILO COUTINHO MENDES		<b><u>Prontuário:</u></b> 107564	
<b><u>Mãe:</u></b> ELZA LINA COUTINHO MENDES		<b><u>Pai:</u></b> DANIEL ALVES MENDES	
<b><u>End. Resid.:</u></b> RUA CHILON CORDEIRO N 2370 - PRIMAVERA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
<b><u>Nascimento:</u></b> 12/05/1991		<b><u>Idade:</u></b> 26a:6m:25d	
<b><u>Responsável:</u></b> FRANCISCA		<b><u>Sexo:</u></b> Masculino <b><u>Fone:</u></b> 86-33050-052	
<b><u>Profissão:</u></b> AUTONOMO		<b><u>CNS:</u></b> 701009822956293	
<b><u>G. Instrução:</u></b> Não informado		<b><u>Documento:</u></b> CPF: 024.975.533-51	
<b><u>End. Local.:</u></b> - - -		<b><u>E. Civil:</u></b> Casado(a)	

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<b>Código:</b> 634910	<b>Data:</b> 06/11/2017 12:32:15	<b>Condução:</b> AMBULÂNCIA DO SAMU
<b>Motivo da Procura:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTO/CICLETA (MOTOC		<b>Convênio:</b> S U S
<b>Acid.Trab.:</b> Não	<b>Acid. Trajeto:</b> Não	<b>Acid. Trab. Típico:</b> Não
<b>CID Secundario:</b> W299		

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b><u>Sinal/Sintoma:</u></b>	<b><u>Evento Principal:</u></b>	<b><u>Destino:</u></b>	<b><u>Classificação:</u></b>
QUEDAS	Dor moderada	CIRURGIÃO GERAL	<b>Amarelo</b>
<b><u>Breve História:</u></b> PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO ESTAVA DE CAPACETE NEGA DESMAIO NO LOCAL. REFEFE DOR E DIFICULDADE DE MOVIMENTAÇÃO DE MID. NEGA LAERGIA MEDICAMENTOSA.			<b>Profissional Clas. Risco:</b>   LIANA ALVES GONÇALVES COREN - 142203 Em: 06/11/2017 12:47:40

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

Vite un sidet m<sup>o</sup>-lans h<sup>o</sup> 16, som tra un  
 utrit  $\hat{a}$  Persa ②. si d<sup>o</sup> 15.11

(A) Expari, vin a<sup>o</sup> m<sup>o</sup> st. censat si den. Persa o c<sup>o</sup>.

(B) m<sup>o</sup> ② b<sup>o</sup>lat f<sup>o</sup>it<sup>o</sup> l<sup>o</sup>g<sup>o</sup> f<sup>o</sup>ix d<sup>o</sup>.

(C) P<sup>o</sup>lt<sup>o</sup> c<sup>o</sup> s<sup>o</sup> l<sup>o</sup>g<sup>o</sup> m<sup>o</sup>. Abdom - p<sup>o</sup>lt<sup>o</sup> m<sup>o</sup>.

(D) si d<sup>o</sup>et m<sup>o</sup>tr. GSC = 15.

(E) Persa ② i<sup>o</sup> n<sup>o</sup> b<sup>o</sup>lt<sup>o</sup>g<sup>o</sup> d<sup>o</sup>. i<sup>o</sup> h<sup>o</sup> f<sup>o</sup>ix

PA 13 x 8 mmHg      Pulso: 74      FC:      Arum:      R<sup>o</sup>io:      R<sup>o</sup>io:      R<sup>o</sup>io:

Diagnóstico Inicial:

**CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:**

1) Re m ii (2)  
2) Orthoped  
3) ST 0.8% s u c a y  
4) Stlbt 20g + m e w  
5) Dm i k l 20g + m e w

Dr. Thapa, M.D.  
Medicine  
Rm 1503

15:50

**MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:**

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

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

Francisca Lima Coutinho  
Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Cairo Mez de Oliveira Neto  
Médico Ortopedista  
CRM-PI 3054

Assinatura - Professional Medical





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

Imp: 06/11/2017 12:41:31  
(LIANA ALVES)

## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

### DADOS DO PACIENTE:

<b>Nome:</b> PABLO DANILO COUTINHO MENDES		<b>Prontuário:</b> 107564
<b>Mãe:</b> ELZA LINA COUTINHO MENDES	<b>Pai:</b> DANIEL ALVES MENDES	
<b>End. Resid.:</b> RUA CHILON CORDEIRO N 2370 - PRIMAVERA - TERESINA - PI CEP: 64000 010		
<b>Nascimento:</b> 12/05/1991	<b>Idade:</b> 26a:6m:25d	<b>Sexo:</b> Masculino <b>Fone:</b> 86-33050-052
<b>Responsável:</b> FRANCISCA	<b>CNS:</b> 701009822956293	
<b>Profissão:</b> AUTONOMO	<b>Documento:</b> CPF: 024.975.533-51	
<b>G. Instrução:</b> Não informado	<b>E.Civil:</b> Casado(a)	
<b>End. Local.:</b> - - -		

### DADOS DO ATENDIMENTO:

<b>Código:</b> 634910	<b>Data:</b> 06/11/2017 12:32:15	<b>Clas. Cor:</b> Amarelo
<b>Motivo da Procura:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		<b>Convênio:</b> S'U S

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

<b>Data/Hora Solicitação:</b> __/__/__ __:__	<b>ESPECIALISTA:</b>
<b>MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:</b>	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

### DADOS DO PARECER: Data/Hora: \_\_/\_\_/\_\_ \_\_:\_\_

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

<b>Data/Hora Solicitação:</b> __/__/__ __:__	<b>ESPECIALISTA:</b>
<b>MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:</b>	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

### DADOS DO PARECER: Data/Hora: \_\_/\_\_/\_\_ \_\_:\_\_

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer





# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 08/11/17

NOME DO PACIENTE: <u>Roberto Paulo Cavalcante Mendes</u>	IDENTIFICADOR Nº: <u>107564</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Teste físico</u>	CIRURGIA: <u>Inc + Exocodex</u>
ANESTESIA: <u>Local</u>	Nº DA SALA: <u>09</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Caio Braz da Oliveira Neto</u> Médico Oncologista CRM-PI 3054	CPF Nº: _____
AUXILIAR: _____	CPF Nº: _____
ANESTESIA: <u>Dr. Yanna</u>	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Ediane</u>	CPF Nº: _____

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	04		LÂMINA DE BISTURINº 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	04		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº 8.0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	250ml		PVPI DE GERMANTE	ML	150ml	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	150ml	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	20cm		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº 30	UNID.	01		Eletródos	UNID.	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Cepom → 02 UNID.			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Escovas → 03 UNID.			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Cateter Q → 01 UNID.			
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON Nº 2.0		02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>fi - coram 05/09</u>			
PROLENE							







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

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Rafael David Cavalcanti Mendes</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>fratura exposta tíbia D - fechada</i>		
Operação - Tipo <i>LAC + fixação com placa e parafusos</i>		
Cirurgião <i>Dr. Caio Vaz da Oliveira Neto</i> <i>Médico Ortopedista</i> <i>CRM-PI 3064</i>	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Ediane</i>	Anestesista <i>Ana Yanna</i>	Anestesia <i>Raque</i>
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>06/11/17</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <i>E. limbo</i>		
Relatório Imediato do Patologista <i>S</i>		
Acidente Durante a Operação <i>S</i>		

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

*Paciente sob cam. An - Cirurgia e Curto mpc*  
*Cirurgia fechada - LAC com placa e parafusos*  
*Redução - fixação com placa de 12 parafusos*  
*Recurso - Limbo - Alça LAC*  
*Sutura - Curto mpc*

*Dr. Caio Vaz da Oliveira Neto*  
*Médico Ortopedista*  
*CRM-PI 3064*

*Justiça do Trabalho - Ministério do Trabalho*  
*Manutenção - 60-304*  
*SAÚDE - HUF*  
*Comarca com Original*

Mod. 76 HUF



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

HUY

NOME DO PACIENTE		Pálida, namor. cadáver, morto				Nº DE REGISTRO	
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
06.11.12	170 X 90	92			30		
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA	AI off						
SISTEMA CIRCULATORIO	RA, TA, PA, AI, NADIR				ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATORIO	NA, AI, ET				ASMA		
SISTEMA DIGESTIVO					BRONQUITE		
ESTADO MENTAL	consciente, orientado				CORTICOIDES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO	pat. respirat. crônica				ATARAXICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES E DOSES)					OUTROS		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	TOTAL DE DOSES					
LIQUIDOS	SO-UTO 500	1. 400mg de					
TEMPERATURA	SANGUE 300	2. 100mg de					
P. ARTERIAL	OUTROS 100	3. 100mg de					
PULSO		4. 100mg de					
INÍCIO FIM ANESTESIA		5. 100mg de					
INÍCIO FIM OPERAÇÃO		6. 100mg de					
RESPIRAÇÃO		7. 100mg de					
SÍMBOLOS		8. 100mg de					
TÉCNICAS		9. 100mg de					
OPERAÇÕES							
CIRURGIAS							
ANESTESIAS							
PARTICULARIDADES							

MOD 76 - HUY

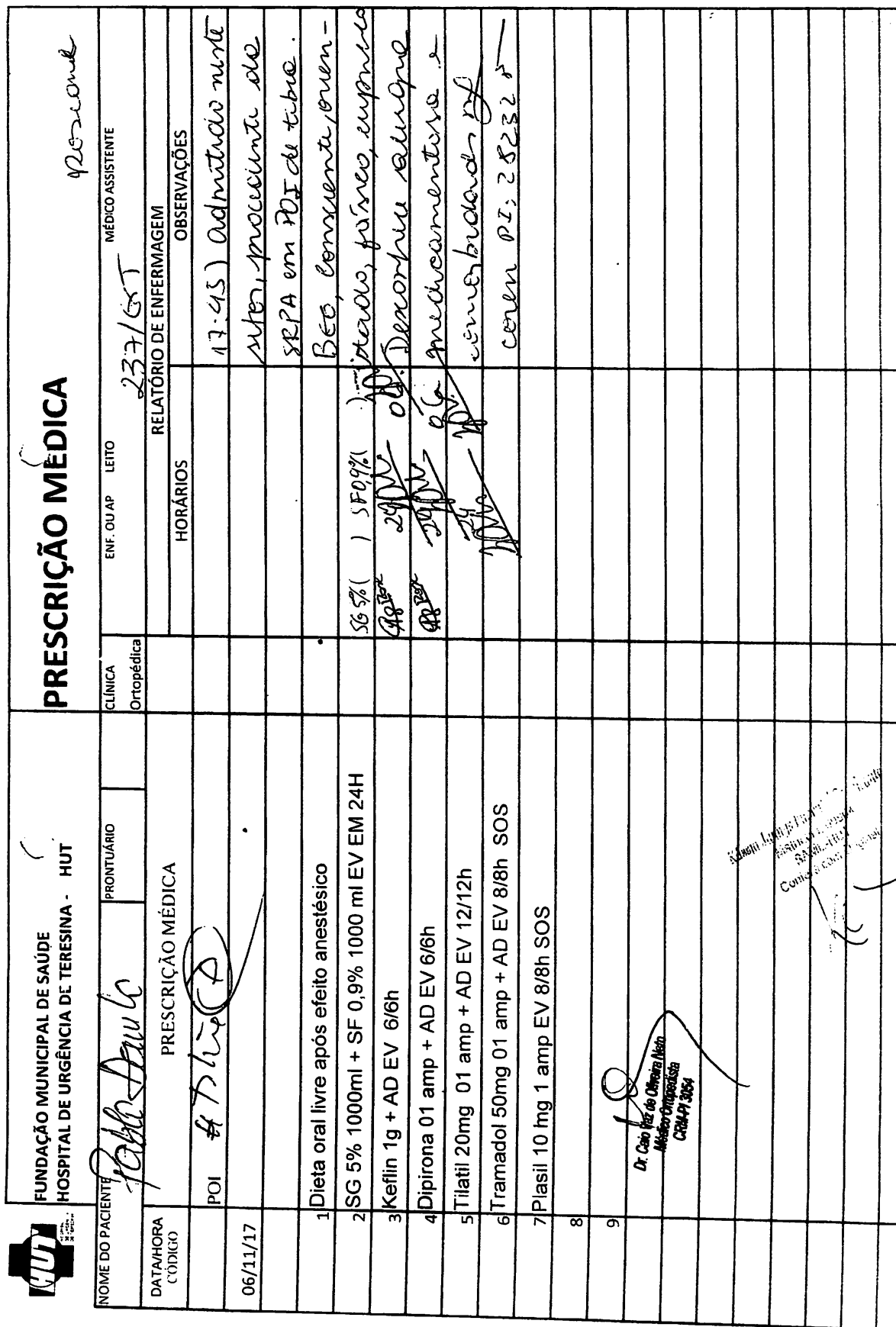
...Dra. Yvonne Nunes  
Anestesiologista  
CRM-PI 5035  
Matrícula: 09304  
Estado: HUY  
Contato: 09304

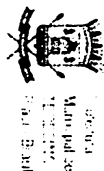
INCIDENTE - ACIDENTE:

CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS

avulso, comunitário, orientado, humido, úmido







# RECEITUÁRIO

Nome : PABLO DANILLO COUTINHO MENDES

## USO INTERNO

1. Cefalexina 500mg 28 comp  
Tomar 01 comprimido VO de 6/6hs por 7 dias
2. Xefo 8mg 01cx  
Tomar 01 comprimido VO de 12/12hs

## ORIENTAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO PÓS CIRÚRGICO:

O paciente deve procurar o Serviço Único de Saúde (SUS) para acompanhamento ambulatorial do tratamento realizado nesta instituição, devendo o mesmo marcar consulta de retorno para daqui a 10 dias. O acompanhamento poderá ser realizado por ortopedistas que atendam em clínicas e instituições conveniadas ao SUS ou pelo médico ortopedista que realizou o procedimento.

## Clínicas e instituições que atendem pelo SUS:

Ambulatórios da rede municipal de saúde, Ambulatório do Hospital Getúlio Vargas, Centro Integrado de Saúde Uinuu Araújo, Hospital da Polícia Militar e clínicas conveniadas ao SUS.

Cirurgia realizada por :

**Dr. CAIO**

Teresina,

###

Dr. Pablo Danillo Coutinho Mendes  
Ortopedista - CRM  
Calimbo

USO EXCLUSIVO NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: PABLO DANILLO COUTINHO MENDES

Nº 5488

07/11/20

CEFALEXINA 500mg/500 28,30 66,15 24,0

XEFO 8mg 01cx 11

Assinado eletronicamente por: FRANCISCO REINALDO DE SOUSA FILHO - 24/09/2020 16:24:51

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092416222928900000011470576

Número do documento: 20092416222928900000011470576

UNIDADE INTEGRADA DE SAÚDE DA PRIMAVERA

**LAUDO DE RADIOLOGIA**

ID: 195002741790

Data: 18 / 12 / 2017

Paciente: Pablo Danilo Coutinho Mendes

Sexo: ( ) F ( x ) M Telefone:

Nascimento: 12.05.1991

Exame: Radiografia da perna direita em 2-inc:

Médico solicitante: Fernando Hidd

Código: 0204060168


**Radiografia da perna direita em 2inc:**

Avaliação radiológica pós-operatória de fratura completa, alinhada, mediana, da tíbia direita.

Presença de placa e de parafusos metálicos para correção da fratura.

**Impressão diagnóstica: fratura óssea. Controle pós-operatório.**

**À critério clínico radiografa o tornozelo direito.**

  
Dr. Manoel Antônio Gomes de Castro

Médico radiologista CRM 805 PI

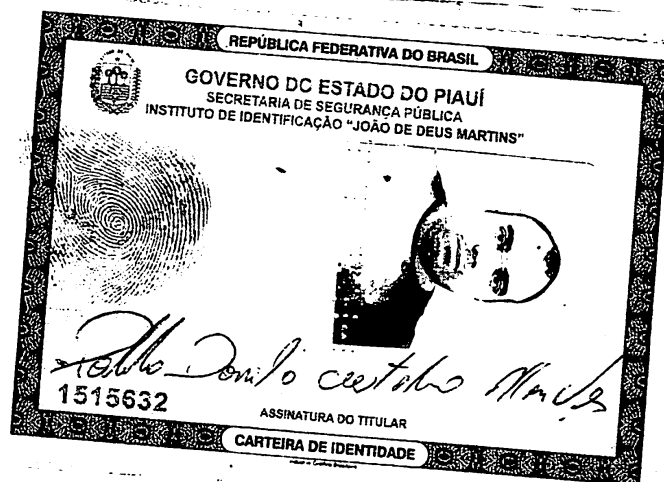


PABLO DANILO COUTINHO MENDES  
DN: 13/05/1991 025Y

HOSPITAL DA PRIMAVERA

DATA: 13/12/2017 14:26  
ID: 195002741790





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	5.047.019
DATA DE EXPEDIÇÃO	14/11/17
NOME	PABLO DANILO COUTINHO MENDES
FILIAÇÃO	ELZA LINA COUTINHO MENDES DANIEL ALVES MENDES
NATURALIDADE	TERESINA-PI
DATA DE NASCIMENTO	12/05/1991
DOC. ORIGEM	MATRICULA: CERT.NASC.
	14806401551991100222178019013901
CH	EXP TERESINA-PI 15/04/10
	024.975.533-51
	1515632
	ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83	



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 024.975.533-51 4 - Nome completo da vítima: Pablo Danilo Coutinho Mendes

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

5 - Nome completo: Pablo Danilo Coutinho Mendes 6 - CPF: 024.975.533-51  
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: R. Chilon Lordeiro 9 - Número: 2370 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Primavera 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 61600-000  
15 - E-mail: eduanseguros@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): (86) 99534-6565

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3828 CONTA: 22333 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vair nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

02/2020

Assinado eletronicamente por: FRANCISCO REINALDO DE SOUSA FILHO - 24/09/2020 16:24:51

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092416222928900000011470576

Número do documento: 20092416222928900000011470576





AUTOATENDIMENTO - AREOLINO DE ABREU  
DATA: 15/10/2019 HORA: 14:09:42  
TERMINAL: 20041011 CONTROLE: 200410110318

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 3828 013.00022333-8  
NOME: PABLO DANILO COUTINHO MENDES  
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: .

TELEFONE DEPOSITANTE: 86 9534-6565.

NÚMERO DO ENVELOPE: 171361253

A confirmação do depósito se dará pelo  
lançamento do valor na conta do favorecido após  
a abertura do envelope e a verificação dos  
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



**PROCURAÇÃO “AD-JUDICIA ET EXTRA”**

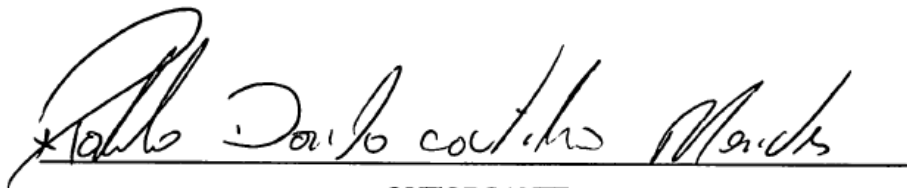
**OUTORGANTE: Pablo Danilo Coutinho Mendes**, brasileiro, desempregado, inscrito sob o CPF nº 024.975.533-51 e RG nº 5.047.019 SSPPI, residente e domiciliado na rua Chilon Cordeiro, 2370, Primavera, CEP: 64.002-610, Teresina, - PI.

pelo presente instrumento de procuração, ao final assinado, nomeia e constitui seu bastante procurador

**OUTORGADOS: FRANCISCO REINALDO DE SOUSA FILHO**, advogado inscrito sob OAB/PI nº 17.395, com escritório localizado à rua Belarmino Braga, nº 7752, São Sebastião, Teresina-PI,

a quem confere amplos e ilimitados poderes, para o foro em geral, com a “**cláusula Ad Judicia Et Extra**” a fim de que possa defender os interesses e direitos do outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o outorgante seja autor ou reclamante, e defendendo-os quando for réu, interessado ou requerido, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromissos, prestar declarações, receber quitação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Teresina, 15 de setembro de 2020.



**OUTORGANTE**

