

Browser tabs: Email - A, Controle, Messenger, Relatorios, Audiência, PJe Consulta, PJe 0815825, (34) What, Baixar o, Zimbra: E, +

Address bar: tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=534502&ca=41e59b3a893b71bfc472bb8e029749...

Navigation bar: Apps, Processo Virtual Na..., sAdministrativos, Portal do Advogado, Google, Nova guia, Meu INSS, [bb.com.br], Zimbra: Movimenta..., PJE 1º, Publicações

Header: **PJe** ProceComCiv 0815825-43.2020.8.18.0140 FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO...

Page Title: 13240527 - CONTESTAÇÃO (2766136 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 19/11/2020 15:21:08

Left Sidebar (19 Nov 2020):

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 13240524 - CONTESTAÇÃO
 - 13240527 - CONTESTAÇÃO (2766136 CONTESTACAO 01)
 - 13240530 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 13240531 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 13240532 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS A)
 - 13240533 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

Main Content Area (downloadBinario.seam):

2766136- C3/ 2020-04234/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOCADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Page Number: 1 / 10

System Tray: PT, 15:21, 19/11/2020



19/11/2020

Número: **0815825-43.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **19/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS (AUTOR)		JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13240530	19/11/2020 15:21	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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

Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190699717

Vítima: FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS

Data do Acidente: 27/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15244292

Pag. 01377/01378 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190699717

Vítima: FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS

Data do Acidente: 27/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 00000762266-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

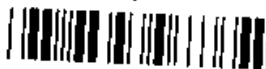
Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

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

NP do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO TORÇULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS CPF: 270
Profissão: MECANICO Endereço: RUA RUP BARROSA 890 Número: 890 Complemento: -
Bairro: centro Cidade: TEROPIANA Estado: PI CEP: 84001-090
E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

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

RENDAMENTO MENSAL:
☐ RECURSO 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 CASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUQUANCA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2004 CONTA: 762266 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS (PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE)

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☒ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____ Local e Data: TEROPIANA - 02 ABRIL DE 2019
Nome: FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS 1ª Nome: _____
CPF: 270.572.313-15 CPF: _____
Assinatura: Francisco Ruyter Silva Barros Assinatura: _____
(*) Assinatura de quem assina A RGO Assinatura: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Assinatura: _____
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver) Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, 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.

FPS001 V001/2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradorafider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos. * nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.

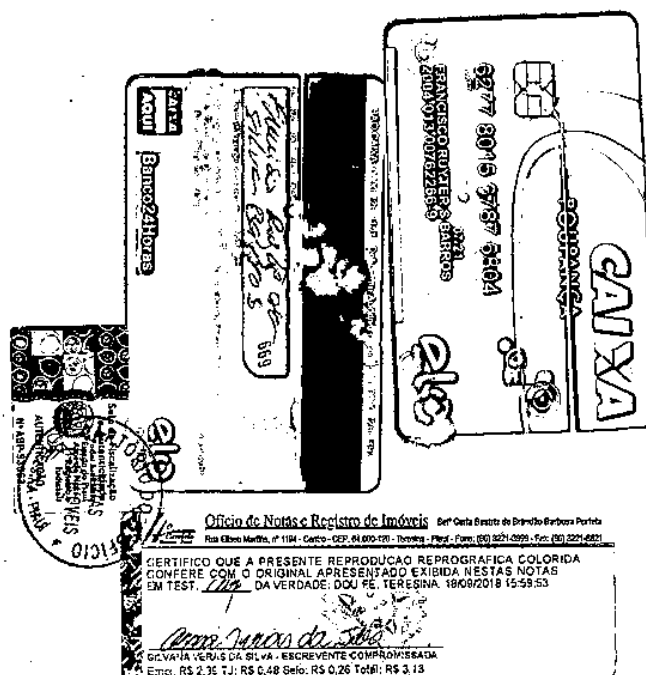


EM BRANCO

EM BRANCO

EM BRANCO

EM BRANCO



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2004 CONTA: 762266

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Lider 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (ou nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 13/12/2019

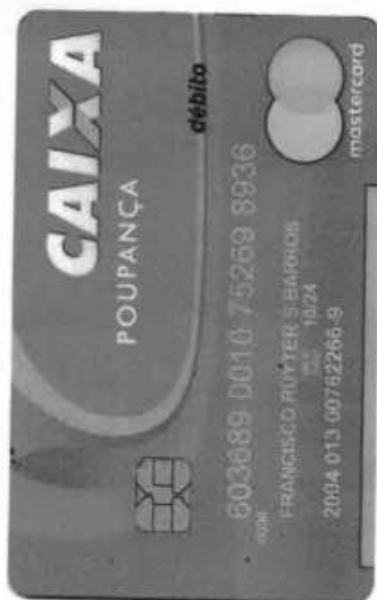
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







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

WV

392 v. 1.0
BOLETIM DE OCORRÊNCIA



AOS CRIMES DE TRÂNSITO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003556/2018-53

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

Data/Hora: 08/10/2018 - 14:39

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO
Tipo Local
VIA PÚBLICA
Município
TERESINA
Endereço
AV. JOAQUIM RIBEIRO, Nº:
Complemento

Bairro
CENTRO

Ponto de Referência

Data/Hora
27/04/2018 - 07:20

RECEBIDO

08 ABR 2018

Seguradora Líder DPVAT

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS
RG: 506391
Mãe: IZABEL JACOB DA SILVA BARROS
Endereço: RUA RUI BARBOSA, Nº 890
Bairro: CENTRO SUL
Cidade: TERESINA
Telefone(s): 86-8863-5897

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

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 HONDA/BIZ, ANO 2012/2013, PLACA OEG-0506, PROPRIETÁRIA MARIA ROSA PEREIRA DE OLIVEIRA, CPF 91388179353, RELATA QUE TRAFEGAVA NA CITADA AVENIDA, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO QUE ESTAVA NA SUA FRENTE DEU UMA FREADA BRUSCA, ONDE A VITIMA PARA NÃO COLIDIR FREOU E DESVIOU, ONDE O GUIDON VIROU E O MESMO CAIU, LESIONADO FOI SOCORRIDO POR TERCEIRO, ENCAMINHADO PARA A CLINICA CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA, ATENDIMENTO 262652, FATO TESTEMUNHADO POR JOSE DE ANCHIETA CARVALHO, CPF 420.580.153-04. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616
AGENTE DE POLÍCIA
Almiralce R. Lebre Carlos
Escrivã Especial
Mat.: 009761-8

Francisco Ruyter da Silva Barros
FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003556/2018-53

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

Data/Hora: 08/10/2018 - 14:39

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. JOAQUIM RIBEIRO, Nº:

Complemento

Data/Hora

27/04/2018 - 07:20

566699

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 506391

Mãe: IZABEL JACOB DA SILVA BARROS

Endereço: RUA RUI BARBOSA, Nº 890

Bairro: CENTRO SUL

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8863-5897

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 HONDA/BIZ, ANO 2012/2013, PLACA OEG-0506, PROPRIETÁRIA MARIA ROSA PEREIRA DE OLIVEIRA, CPF 91386179353, RELATA QUE TRAFEGAVA NA CITADA AVENIDA, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO QUE ESTAVA NA SUA FRENTE DEU UMA FREADA BRUSCA, ONDE A VITIMA PARA NÃO COLIDIR FREOU E DESVIU, ONDE O GUIDON VIROU E O MESMO CAIU, LESIONADO FOI SOCORRIDO POR TERCEIRO, ENCAMINHADO PARA A CLINICA CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA, ATENDIMENTO 262652, FATO TESTEMUNHADO POR JOSE DE ANCHIETA CARVALHO, CPF 420.580.153-04. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Kátia Maria Evangelista - Mat.
ESCRIVÃO DE POI

Francisco Ruyter da Silva Barros
FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS - Noticiante
Responsável pela Informação

Lucy Kelko Leal Paranhos
Delegada Geral de Polícia Civil-PI
Mat.: 195.333-7





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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)

AGÊNCIA: 2004 CONTA: 762266 9

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário em branco

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Teresina - PI 13/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

.001 V002/2019



Centro Ortopedico Teresina Ltda	Convênio	PLAMTA
Paciente FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS	Data	27/04/2018 13:57
Idade 20/03/1964 - 54 anos	Pront. No.	0023441
Médico DR CLARINDO VERAS	Situação	Fechado
Peso 0,00 Kg	Altura	0,00 m

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS:

HORA	PRESSÃO	FR	FC	TEMP.	Saturacao	Glicemia	Responsável
27/04/2018 14:40	150 x 100mmHg	0irm	0bpm	0°C	0%	0mg/dL	GSS
27/04/2018 17:31	150 x 90mmHg	0irm	77bpm	35,8°C	98%	0mg/dL	GSS
27/04/2018 23:19	140 x 90mmHg	0irm	78bpm	35,9°C	97%	0mg/dL	AAD

Evolução:

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL
27/04/2018 20:29	Segue em POI por fratura em tornozelo E. Calmo, consciente, orientado, fásico, em repouso no leito. HV em MSE com boa infusão, sem sinais flogísticos. Curativo oclusivo + tala tipo bota em MIE. Aceita dieta oferecida VO. Diurese em observação. Sono e repouso satisfatórios. Sem queixas álgicas no momento. COREN 397716ENF PI AMANDA AMORIM DIAS	 Amanda Amorim Dias Enfermeira COREN-PI 397.716

anotação:

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL
27/04/2018 13:57	Admitido para tratamento cirúrgico por fratura EM TORNOZELO E. Vitima de queda DE MOTOCICLETA. 52 anos, 66 Kg. Acompanhado DA ESPOSA, proveniente da cidade de TERESINA. Deambulando COM AUXILIO DE CADEIRA DE RODAS. Curativo oclusivo + tala GESSADA TIPO BOTA. Nega DM. INFORMA HAS, FAZ USO DA MEDICAÇÃO: NAPRIX, Desconhece alergia medicamentosa. SEGUE JEJUM DESDE AS 08:00HS DA MANHA DE HOJE. Eliminações fisiológicas presentes. CALMO, FASICO, CONSCIENTE, Raio x em anexo no prontuário. COREN 1201536TE PI GALDEVINA SOARES DA SILVA	
27/04/2018 14:43	REALIZADO ECG E ANEXADO AO PRONTURIO.	COREN 1201536TE PI GALDEVINA SOARES DA SILVA
27/04/2018 17:28	Retornou do CC em POI por FRATURA EM TORNOZELO E, sob efeito de anestesia raqui. HV em MSE com boa infusão, sem sinais flogísticos. Curativo oclusivo EM FO COM TALA GESSADA TIPO BOTA, CALMO, FASICO, CONSCIENTE, Orientado quanto a liberação da dieta e os efeitos pós anestésicos. Diurese em observação. Sem queixas álgicas no momento. Realizou raio x de controle.	COREN 1201536TE PI GALDEVINA SOARES DA SILVA

Multidisciplinar:



Centro Ortopedico Teresina Ltda

Pac.	FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS	Data	27/04/2018 14:04
Idade	54 Anos 1 Meses 7 Dias	Pront.	0023441
Médico	GALDEVINA SOARES DA SILVA	Presc.	Página: 1/1
Leito	APARTAMENTO	Peso/Alt.	0,00 Kg 0,00 m

1	Dieta branda após RA,	
2	Soro glicosado 5%, 500ml EV, em 24 hora(s) Soro Fisiológico 0,9%, EV, 500ml, 24h	

EVOLUÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

	MEDICAÇÃO	HORÁRIO
3	Ceftriax 1g + AD, EV, 12/12	(H) 15 03
4	Tilatil 20mg + AD, EV, 12/12	(H) 15 03
5	Dipirona 3cc + AD, EV, 6/6h	(H) 15 23 03
6	Ranitidina 50mg + AD, EV, 8/8h	(H) 22 06
7	Tramal 100mg + 100ml SF 0,9%, EV, 8/8h	(H) 23
8	Nauseadron 4mg + AD, EV, 8/8h, S/N	(H)
9	Diazepam 10mg, VO, S/N	(H)
10	Captopril 25mg, VO, 8/8h, Se PAS>140 ou PAD>90mmHg	(H)
11	Manter medicações de uso rotineiro do paciente	(H)
12	SSVV + CCGG	(H)

DR CLARINDO VERAS
CRM 999-PI

HAS



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000762266-9

Nr. da Autenticação 88CC872E266F85BC





Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0000668-8 Comprovante de residência

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 733 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual 19.301.383-5
Nota Fiscal / Carta de Energia Piauí - SEITE-1
Regime especial de Impostos autorizado pela SEFAZ 06/09

Nº da Nota Fiscal: 010297862
A Tercia Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.435 de 20 de abril de 2003.



CONTA Nº	VELOCIDADE	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2018	19/09/2018	250	586,40

MAGNOLIA PEREIRA DOS SANTOS
R. RUI BARBOSA 890 - B-URBANO
CPF: 00011208562304
CEP: 64.000-000 - TERESINA

64001-090

DADOS DA LEITURA		DIAS DA LEITURA	
Atual	32232	Atual	27/08/2018
Anterior	31982	Anterior	24/07/2018
Constante de Multiplicação	1,000	Próxima leitura	26/09/2018
Consumo Medido	250	Entrega	23/08/2018
Consumo Faturado	250	Aproximação	05/09/2018

NORMAL

34

Classe/Segmento	Uso	Número Medidor	Fonte	Código Fisco	Medida
RESIDENCIAL	MODO	A1420693		1.1.1.1	200

HISTÓRICO DE VENCIMENTOS		ANÁLISE DA CONTA	
Mês/Ano	Valor R\$	CONSUMO	250 A R\$ 0,892699 = 223,17
JUL/18	30	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	18,12
JUN/18	30	DESC. S/MULTA PARCELAM. ESPECIAL	3,86
MAI/18	30	DESC. S/JUROS PARCELAM. ESPECIAL	5,51
ABR/18	261	DESC. S/COR. MON. PARCELAM. ESPECI	0,44
MAR/18	30	CANC. DESC. S/JUR. PARCELAM. ESPEC	11,02
FEV/18	30	CANC. DESC. S/COR. MON. PARCELAM. E	0,88
JAN/18	314	CANC. DESC. S/MUL. PARCELAM. ESPEC	7,72
DEZ/17	213	CORRECAO MONETARIA IOPM (2X)	13,66
NOV/17	302	MULTA POR ATRASO (2X)	12,70
OUT/17	780	PARCELAMENTO DE DEBITOS (3X)	1,300,92
TAXA SEM TRIBUTOS: 8 A 250 = 8,000000		JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER	8,02
		ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	12,48

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 26/09/2018. O resgateamento para regularizar a inclusão do nome do consumidor na SERGEI. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESUMO DO FISCO	
CC67 0000 8871 0585 1000 F117 0251 9602	
COMPOSIÇÃO DA CONTA	
Distribuição	43,11
Energia	81,97
Transmissão	12,89
Emissão	13,06
Tributos	72,34
IMPOSTOS E TAXAS	
Imposto de Renda	0,00
Alíquota ICMS	27,00%
Valor do ICMS	60,25
Valor do PIS	2,12
Valor do COFINS	0,77

5,08	10,15	20,30	3,43	6,85	13,70	2,86
0,00			0,00			0,00
TERESINA						
SEU CÓDIGO		06/2018		8,75		
TOTAL A PAGAR - R\$		586,40				
MÊS FATURADO		08/2018		VENCIMENTO		
19/09/2018		FEMP				

83630000005 2 86100017000 0 00000000000 0 66000010000 1

SEQ.: 00021 UC: 0000668-8 DT. LEIT.: 27/08/2018 T. ENTR.: 04
LEITURA: 32232 NORMAL TOTAL: 586,40 CARGA: 001
DT. VENC.: 19/09/2018 IRREG.: 030 COLETOR: 9084

Ofício de Notas e Registro de Imóveis
Rua Ezequiel Ventura, nº 1294 - Centro - CEP: 64.000-020 - Teresina - PI
Fone: (86) 3221-3999 - Fax: (86) 3221-3997

CERTIFICO QUE A PRESENTE COPIA CONFERE COM A ORIGINAL, PARTE DE REGISTRO DE IMÓVEL, EXIBIDA NESTAS NOTAS, EM TESTE DA VERDADE DOU RE. TERESINA, 18/09/2018 15:50:43

Carla Viana de Souza
Gilvânia Veras da Silva - ESCRIVENTE COMPROSSADA
Escr.: R\$ 4,25 T.J. R\$ 0,10 Selo: R\$ 0,26 Total: R\$ 4,61

EM BRANCO

EM BRANCO





Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série U - Nº 30786078
Regime especial de impressão autorizado pela Sec. de Fazenda

MAGNOLIA PEREIRA DOS SANTOS
R. RUI BARBOSA, 890

Segunda Via com correção

EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA

RUA JOÃO CABRAL, 730

CENTRO SUL - TERESINA - PI - CEP: 64.001-010

CNPJ: 06.840.748/0001-89 IE: 193013835

Atendimento: 0800 086 0800 www.equatoriapiau.com.br

Ouvidoria: 0800 721 0164 (08:00 - 12:00 e 14:00 - 17:30h)

Para contato com a empresa,
informe este número

Código Único

0000668-8

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL : Fone 167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares

Emissão								Data Leitura Anterior								Data Leitura Atual		Data Próxima Leitura		Dias de Consumo		Apresentação		Mês Faturado	
02/12/2019								28/10/2019								27/11/2019		26/12/2019		30		04/12/2019		11/2019	
Cod. Fat.								Classe/Subclasse								Ligação		Poste		Forma Faturamento		Motivo FD		Número FD	
1.1.1.1								Residencial								Monofásica									
Consumo								Medidor		Leit. Atual		Leit. Anterior		Constante Fatur.		NPL		Cons. Medido		Cons. Faturado					
								A2161663		2558		2558		1,00000		5				30					

Histórico	kWh	Composição da Tarifa	Ítem Faturados	Tar. sem Impostos	Valor
10/2019	233	TUSD (*)	Consumo 30 kWh a 0,710452	0,654331	21,31
09/2019	299	TE (*)	Parcelamento De Debitos (2X)		224,51
08/2019	203	Transmissão	Desc.S/Multa Parcelam.Especial (2X)		-1,50
07/2019	225	Encargos	Desc.S/Juros Parcelam.Especial (2X)		-4,92
06/2019	251	Tributos	Desc.S/Cor.Mon.Parcelam.Especial 25/120		-0,44
05/2019	239		Adicional Bandeira Amarela - 0,04		
04/2019	238		Adicional Bandeira Vermelha - 1,12		
03/2019	228				
02/2019	397				
01/2019	245				
12/2018	170				
11/2018	165				
Média		Pis 1,4091 % - 0,30			
12 meses	241	Cofins 6,4904 % - 1,38			

Indicadores de Continuidade: 09/2019				Contas em Débito			
Cj: 315 - TERESINA	euro	R\$ 105,87		Mês/Ano	FD	Vencimento	Valor
Meta Mensal	Realizado	Trimestral	Anual	10/2019	0	12/11/2019	479,17
DIC	5,08	0,00	10,15	09/2019	0	01/10/2019	571,92
FIC	3,43	0,00	6,85	07/2019	0	05/08/2019	472,34
DMIC	2,86	0,00	0,00	06/2019	0	04/07/2019	473,29

NOTIFICAÇÃO DE CONTA VENCIDA

As faturas ao lado relacionadas encontram-se sem quitação até esta data, sujeitando a suspensão de fornecimento de energia elétrica a essa unidade consumidora, conforme Art. 173 da Resolução ANEEL 414/2010. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do consumidor no SPC e SERASA. Caso já tenha efetuado o pagamento, desconsidere este aviso.

=> Tensão Contratada - 220V Faixa Adequada - 200 a 231V

=> Ligue para 0800 086 0800 e faça opção de vencimento de sua conta 1 5 10 15 20 25

Total de Conta(s) Pendente(s) R\$ 1.996,72			
Mês/Ano	FD	Vencimento	Valor
10/2019	0	12/11/2019	479,17

=> As informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores, para consulta, nos postos de atendimento e na página da internet desta distribuidora.

Base de Cálculo	Alíquota	Valor do ICMS
0,00	0,00	0,00
Reservado ao Fisco		
7508.92C6.BEF7.1751.2712.7C07.6B0C.B4FD		

Vencimento
06/12/2019

Valor a Pagar
R\$ 238,96

Fatura/Vencim. app V 9.07 19/02/2019



EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE EN

Facilite sua vida! Evite filas e multas! Autorize o
débito de sua conta de energia em sua conta bancária.
Código para débito automático: 0000668-8

UC	Mês Faturado	No. FD	TC
00006688	11/2019	00	6

Vencimento
06/12/2019

Valor a Pagar
R\$ 238,96

83660000002 7 38960017000 2 00000000000 0 66881119006 9





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria do Carmo Proenheiro da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 703.754.703 / 114, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco Ruyter da Silva Barros inscrito (a) no CPF sob o Nº 240.572.313 / 15

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Francisco Ruyter da Silva Barros

inscrito (a) no CPF sob o Nº 240.572.313 / 15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Henrique Dias</u>	Número: <u>790</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Velha</u>	Cidade: <u>Tererina</u>	Estado: <u>DF</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64089-330</u>	Tel. (DDD): <u>66/99982-3093</u>

Local e Data: Tererina - DF 13 / 12 / 2019

Maria do Carmo Proenheiro da Silva
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017



DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA ROSA PEREIRA DE OLIVEIRA
RG nº 2.058 472, data de expedição 19/05/1999
Órgão SSP - PI, portador do CPF nº 913 861 793-53 com
domicílio na cidade de TIMON - MA, no Estado de

RUA Nº 15 C-28-15, nº _____

complemento EN, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

27 DE ABRIL 2018, cujo o condutor era

FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARRO

Veículo:

Modelo: HONDA Biz 125 ES

Ano: 2012

Placa: 0EG 0506

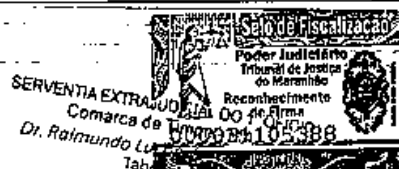
Chassi: 9C2JC4820 DR 308641

Data do Acidente:

Local e Data: AV. JOAQUIM PEREIRA / 27 ABRIL 2018
PRÓXIMO COLÉGIO PROSAMAR

MARIA ROSA PEREIRA DE OLIVEIRA

Assinatura do Declarante



Reconheço como semelhante(s) a(s) firma(s) do:
MARIA ROSA PEREIRA DE OLIVEIRA
Em Testemunho da verdade.
Data: 08/10/2018
Ruth Maria de Oliveira
Escritor Substituto





CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

☎(86) 99991-0176

LAUDO RADIOLÓGICO

NOME: FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS

RX: TORNOZELO ESQ

DATA: 27/04/2018

CONCLUSÃO:

FRATURA RECENTE ALINHADA NO MALEOLO LATERAL
PRESENÇA DE PLACAS E PARAFUSOS METÁLICOS

Dr. Carlos Augusto Moura Fé
CRM 1341
Radiologista

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada



Centro Ortopédico Teresina Ltda		Convênio	PLAMTA
Paciente	FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS	Data	27/04/2018 13:57
Idade	20/03/1964 - 54 anos	Pront. No.	0023441
Médico	DR CLARINDO VERAS	Situação	Fechado
Peso	0,00 Kg	Altura	0,00 m

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS:

HORA	PRESSÃO	FR	FC	TEMP.	Saturacao	Glicemia	Responsável
27/04/2018 14:40	150 x 100mmHg	0irm	0bpm	0°C	0%	0mg/dL	GSS
27/04/2018 17:31	150 x 90mmHg	0irm	77bpm	35,8°C	98%	0mg/dL	GSS
27/04/2018 23:19	140 x 90mmHg	0irm	78bpm	35,9°C	97%	0mg/dL	AAD

Evolução:

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL
27/04/2018 20:29	Segue em POI por fratura em tornozelo E. Calmo, consciente, orientado, fásico, em repouso no leito. HV em MSE com boa infusão, sem sinais flogísticos. Curativo oclusivo + tala tipo bota em MIE. Aceita dieta oferecida VO. Diurese em observação. Sono e repouso satisfatórios. Sem queixas álgicas no momento. COREN 397716ENF PI AMANDA AMORIM DIAS	Amanda Amorim Dias Enfermeira COREN-PI 397.716

anotação:

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL
27/04/2018 13:57	Admitido para tratamento cirúrgico por fratura EM TORNOZELO E. Vítima de queda DE MOTOCICLETA. 52 anos, 66 Kg. Acompanhado DA ESPOSA, proveniente da cidade de TERESINA. Deambulando COM AUXILIO DE CADEIRA DE RODAS. Curativo oclusivo + tala GESSADA TIPO BOTA. Nega DM. INFORMA HAS, FAZ USO DA MEDICAÇÃO: NAPRIX, Desconhece alergia medicamentosa. SEGUE JEJUM DESDE AS 08:00HS DA MANHA DE HOJE. Eliminações fisiológicas presentes. CALMO, FASICO, CONSCIENTE, Raio x em anexo no prontuário. COREN 1201536TE PI GALDEVINA SOARES DA SILVA	
27/04/2018 14:43	REALIZADO ECG E ANEXADO AO PRONTURIAIO.	COREN 1201536TE PI GALDEVINA SOARES DA SILVA
27/04/2018 17:28	Retornou do CC em POI por FRATURA EM TORNOZELO E, sob efeito de anestesia raqui. HV em MSE com boa infusão, sem sinais flogísticos. Curativo oclusivo EM FO COM TALA GESSADA TIPO BOTA, CALMO, FASICO, CONSCIENTE. Orientado quanto a liberação da dieta e os efeitos pós anestésicos. Diurese em observação. Sem queixas álgicas no momento. Realizou raio x de controle.	COREN 1201536TE PI GALDEVINA SOARES DA SILVA

Multidisciplinar:



Centro Ortopédico Teresina Ltda

Pac.	FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS	Data	27/04/2018 14:04
Idade	54 Anos 1 Meses 7 Dias	Pront.	0023441
Médico	GALDEVINA SOARES DA SILVA	Presc.	Página: 1/1
Leito	APARTAMENTO	Peso/Alt.	0,00 Kg 0,00 m

1	Dieta branda após RA,	
2	Soro glicosado 5%, 500ml EV, em 24 hora(s) Soro Fisiológico 0,9%, EV, 500ml, 24h	

EVOLUÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

	MEDICAÇÃO	HORÁRIO
3	Ceftriax 1g + AD, EV, 12/12	03:00 V
4	Tilatil 20mg + AD, EV, 12/12	03:00 V
5	Dipirona 3cc + AD, EV, 6/6h	03:00 V
6	Ranitidina 50mg + AD, EV, 8/8h	23:00 V
7	Tramal 100mg + 100ml SF 0,9%, EV, 8/8h	23:00 V
8	Nauseáron 4mg + AD, EV, 8/8h, S/N	23:00 V
9	Diazepam 10mg, VO, S/N	
10	Captopril 25mg, VO, 8/8h, Se PAS>140 ou PAD>90mmHg	
11	Manter medicações de uso rotineiro do paciente	
12	SSVV + CCGG	

DR CLARINDO VERAS
CRM 999-PI

HAS





CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA
C.N.P.J. 07.224.108/0001-07 - Fone: (86) 3230-7900
Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - CEP 64.001-490

Pront.: 0023441 Adm: 27/04/2018 Hrs: 13:42
FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS
Cvt: PLANTA Hts: 07779803
Med: DR CLAUDIO VERRAS Usu: HBA
Dt. Nasc: 20/03/1964 CPF: 24057231315

BOLETIM DE INTERNAÇÃO

Diag. Provisório: _____
Diag. Principal: *fratura torácica + fratura de humero esquerdo*
Causa Mortis: *torácica*
Histo patológico: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

Dr. Francisco Ruyter da Silva Barros

Tratamento TIPO:

() Nenhum () Médico () Cirúrgico () Médico-Cirúrgico/Eficácia
() Eficaz () Ineficaz () Prejudicial () Não avaliado

SAÍDA:

() Curado () Melhorado () Inalterado () A pedido
() Decisão Médica () Evasão Data: ____/____/____ Hora: ____

TRANSFERÊNCIA:

() Tisiologia () Psiquiatria () Outros



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA
Claudio de B. Verras Neto
Diretor Administrativo

Visto do Diretor do Hospital





CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA
C.N.P.J. 07.224.108/0001-07 - Fone: (86) 3230-7900
Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - CEP 64.001-490

TERMO DE RESPONSABILIDADE

1. Assumo plena responsabilidade com as despesas médico/hospitalar do paciente internado nesta casa de saúde por ordem médica.
 - 1.1. Todas as despesas, como DIÁRIAS, TAXAS, MÉDICOS, etc.: procurar informar-se no momento da internação, com a TESOURARIA e ou RECEPCIONISTA.
 - 1.2. A quitação da conta hospitalar/médico deverá ser feita no momento da ALTA do paciente, no seguinte horário:
MANHÃ: 07:30 às 11:30;
TARDE: 13:30 às 17:30hs.
 - 1.3. A liberação do PACIENTE está condicionada a quitação do débito, junto a tesouraria.
 - 1.4. Pagamento com CHEQUE, na liquidação de sua conta deverão ser feitos com cheques distintos, tanto para o hospital, como para os médicos.
 - 1.5. Cheques fora da praça, só será aceito com apresentação de um documento de identificação e telefone para contatos.
 - 1.6. Todos os pertences dentro do Apto/Suite, serão conferidos. Qualquer dano material será debitado nas despesas do usuário.
 - 1.7. A Clínica não se responsabilizará por quaisquer objetos e valores desaparecidos ou extraviados em suas dependências.
 2. Pacientes de convênios com direito a enfermaria que optarem por apto ou suite pagará uma diferença de diária e também uma complementação sobre honorários médicos, de acordo com tabela da AMB.
 - 2.1. As internações de URGÊNCIA/EMERGÊNCIAS que não forem autorizadas pelo convênio serão pagas pelo assistido ou seu responsável.
 - 2.2. MEDICAMENTOS que não forem pagos pelo CONVÊNIO, serão pagos pelo PACIENTE.
 - 2.3. Paciente particular e Econômico, o depósito cobrirá somente a quantidade de dias estabelecida na permanência citada e se houver complicações pós-cirurgia, o Paciente pagará as diárias, medicações e exames se necessários.
 3. Tratando-se de cirurgia, estou ciente e consciente dos riscos cirúrgicos e das complicações que podem advir, em consequência do ato cirúrgico e o anestésico.
 4. No caso de falecimento, caso a família não tome as providências necessárias, estas serão tomadas pela Clínica de acordo com as normas legais.
- CIENTE DAS MEDIDAS, declaro para os fins que aceito.

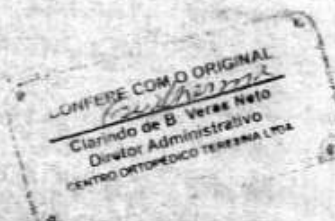
Teresina(PI), 27 de Abril de 2018

Ednairley Santos Soares
Ass. Legít. do Responsável

CPF: _____

RG: _____

END: _____





CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA
C.N.P.J. 07.224.108/0001-07 - Fone: (86)3230-7900
Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - CEP 64.001-490

Front.: 0023441 Adm: 27/04/2018 Hrs: 13:42
FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS
Ox: PLANTA - Mt: 07779803
Meds DR CLARINDO VERAS Usua: HSA
Dt. Nasci: 20/03/1964 OFF: 24057231315

BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA

Diagnóstico: Lesão tendão do m. b. pectoralis
Operação: Artroscopia + Reparo do pectoralis
Cirurgião: Clarindo Veras

1º Auxiliar: Antônio 2º Auxiliar: Adriano
Instrumentador(a): Antônio Circulante: Adriano

Técnica e Tática Cirúrgica: Artroscopia, limpeza da articulação, reparo do tendão do m. b. pectoralis com fio de nylon 2/0.

MEDICAMENTOS			
Adrenalina	2:	Haloperidol	85:
Água destilada 500ml	258:	Halothano	86:
Água destilada 10ml	11:	Heparina sc	87:
Aminofilina	18:	Ketalar	193:
Atropina	24:	Narcan	244:
Cefalotina 1g	93:	Neocaina 0,5% clad	115:
Decadron 4mg	275:	Neocaina 0,5% isobárica	117:
Dimorf 0,2mg	51:	Neocaina 0,5% pesada	118:
Dimorf 1mg	52:	Neocaina 0,5% s/ad	116:
Dolantina	53:	Neomicina pom	119:
Dormire 15mg	54:	Novalgina amp	121:
Droperidol	190:	Pancuron	274:
Efortil	61:	Pesil	130:
Fentanil 10ml	61:	Propofol 10mg	272:
Fentanil 2ml	61:	Prstigmine	200:
Gentamicina 80mg	77:	Quelicin	201:
Glicose 50%	242:	Revivan	202:
		Ringer lactado 500ml	134:
		Soluortef 500mg	153:
		Soro fisiol. 1000ml	164:
		Soro fisiol. 500ml	165:
		Soro glico. 500ml	166:
		Thiopental 1g	1:
		Tilatil 20mg	173:
		Tracur	273:
		Valium amp	46:
		Vaselina tb	180:
		Xilestesio gel	182:
		Xilocaína 2% clad	183:
		Xilocaína 2% s/ad	184:
		Zotfran amp	185:
		Ceftriaxona	02:10
		transatix	02:10

MEDICAMENTOS			
Água oxigenada	13:	Coletor de urina	36:
Agulha desc.	06:	Compressa G	39:
Agulha peridural 18 G	7:	Compressa P	38:
Agulha raque 25 G	8:	Dreno penrose	260:
Agulha raque 26 G	14:	Equipo macrogota	191:
Agulha raque 27 G	9:	Equipo sangue	192:
Agulha raque 29 G	10:	Esparadrão	56:
Alcool a 70%	15:	Eter	58:
Alcool iodado	258:	Formol	76:
Algodão bola	255:	Gases S.O	40:
Al. Algodão ortop.	20:	Gelco	80:
Al. Crepe 10 cm	21:	Gorro descartável	268:
Al. Crepe 15 cm	22:	Iodo a 2%	88:
Al. Crepe 20 cm	19:	Lamina bisturi	194:
Al. Gessada 20 cm	23:	Luva procedimento	98:
Borracha latex	264:	Luvax 7.5/8.0	96:
Cateter intravenoso	266:	Mascara disc	198:
Cateter peridural	269:	Microscopio 12.5mm	71:
		Microscopio 25mm	72:
		Plexiflex G 24	270:
		Poliflex 2 vias	199:
		Pvpj degermante	131:
		Pvpj tátilco	132:
		Scalp	142:
		Seringa 1 ml	148:
		Seringa 10 ml	150:
		Seringa 20 ml	151:
		Seringa 5 ml	149:
		Sonda foley	156:
		Sonda uretral	160:
		Vaselina líquida	170:
		Óleo de peixe	02:10

FIOS			
Cera Óssea W31G	187:	Monoclon 1/3/930H	106:
Cromado 0/802T	290:	Monoclon 1/4/426H	107:
Cromado 1/603T	279:	Monoclon incolor 4-0/1111	111:
Dermabond	285:	Monoclon 2-0/ 1215	108:
Ethibond 1/2-0/X520T	59:	Monoclon 3-0/1163	109:
Ethibond 1/5MB46G	60:	Monoclon 4-0/1129	110:
Monoclon 0/1Y358H	104:	Monoclon 5-0/14501	113:
Monoclon 2/1Y345H	105:	Monoclon 6-0/14500	112:
		Polycot 10/SPA45T	282:
		Polycot 12-0/SPA45T	283:
		Polycot 13-0/SPA45T	284:
		Prolene 1/2-0/8411T	281:
		Vicril 1/1/JS617H	179:
		Vicril 1/1-0/JS40H	278:

Data: 27/04/18

Cirurgião - CRM: Clarindo Veras

Clarindo Veras
CRM 200474
Ortopedia e Traumatologia

Milton Castelo B.B Filho
CRM 200474
Ortopedia e Traumatologia



Anestesia: PropofolRisco(ASA): II

AGENTES ANESTÉSICOS	Halothano			
LÍQUIDO	MSF (50)	140	140	500 ml
TEMPERATURA	C	240		
PRESSÃO ARTERIAL V A	38	200		
PULSO	36	160		
INÍCIO E FIM DA ANESTESIA X	34	120		
INÍCIO E FIM DA OPERAÇÃO	32	80		
RESPIRAÇÃO O	30	20		
SÍMBOLO	XO 35 0X 2 5 7			DURAÇÃO
TÉCNICA	Propofol			01.06.
AGENTES	Bup. Hipotensão 0.5%, morfina intrat			
JUSTIFICATIVA				

OBSERVAÇÕES

- X: monitorio cont + vaso clon mis (60)
- 1) Clonoxone 200
 - 2) Bup. com 0.5% equi-
valente sob frasco completo
(gnise Survek n. 26, 25-28
line milimétrica) com bup.
casim, hipotensão 0.5%,
2mg + morfina 60 mg.
 - 3) Bup. 200
 - 4) Tussix com 200
 - 5) Dexametazona 200
 - 6) Ondansetron 200
 - 7) 1 mg

DURAÇÃO

01.06.

LIQUIDOS	PAC. TRANSFUNDIDO	OXIGÊNIO/h	PROTO. DE AZOTO/h	AR COMPRIMIDO/h
SF 0.9% : 1000 ml	GS RH	Início:	Início:	Início:
SG 5% : ml	Conc. Hem : ml unid	Término:	Término:	Término:
ml	ml unid	Duração:	Duração:	Duração:
TOTAL : 2000 ml	ml unid	l/m	l/m	

EQUIPAMENTOS

Bisturi: () elétrico () bipolar	Intensificador de imagem ()	Garrote pneumático ()
Serra elétrica: () osso () gesso	Aparelho artroscópico ()	Oxímetro ()
Perfurador: () elétrico () bateria	Desfibrilador ()	Utopirador ()
Raio X na sala ()	Aspirador ()	Fibra ótica ()
Monitor cardíaco ()	Lupe cirúrgica ()	()

MATERIAIS E PRÓTESES

Dr. Place: 1/3 unid	Paraf Interf. Titânio n°	Quantidade	G
Fio Kirschner: 05 Paraf unid	Paraf Interf. Titânio n°	Quantidade	G
Fio Steinmann: 05 Paraf unid	Paraf Interf. Titânio n°	Quantidade	G
Fio vazado: 05 Paraf unid	Paraf Interf. Titânio n°	Quantidade	G
Fio esclerom: 05 Paraf unid	Paraf Interf. Titânio n°	Quantidade	G
Fio guia 4 furos: 05 Paraf unid	Paraf Interf. Titânio n°	Quantidade	G
Grampos de Blount: 05 Paraf unid	Paraf Interf. Titânio n°	Quantidade	G
Placa n°:	Paraf Interf. Titânio n°	Quantidade	G

Data: 27 / 04 / 18

Anestesiista - CRM:

Dr. Felipe de Sousa Facundo
CRM PI 6048
Anestesiista

Centro Ortopedico Teresina Ltda		Convênio	PLAMTA
Paciente	FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS	Data	28/04/2018 06:00
Idade	20/03/1964 - 54 anos	Pront. No.	0023441
Médico	DR CLARINDO VERAS	Situação	Em aberto
Peso	0,00 Kg	Altura	0,00 m

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS:

HORA	PRESSÃO	FR	FC	TEMP.	Saturacao	Glicemia	Responsável
28/04/2018 06:00	150 x 10mmHg	0irm	64bpm	35,8°C	97%	0mg/dL	LAP

--	--	--	--

Evolução:

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL
{HORA1}	{TEXT01} {RESP1}	

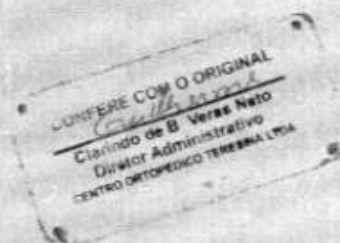
anotação:

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL
28/04/2018 06:00	Paciente segue sem queixas algicas. COREN 731079TE PI LEILA DE ARAUJO PEREIRA	
28/04/2018 09:50	Avaliado pelo médico assistente, retirada h. venosa + alta hospitalar.	COREN 54764TE PI JOAO BATISTA DA S MONTEIRO

João Batista da Silva Monteiro

Multidisciplinar:

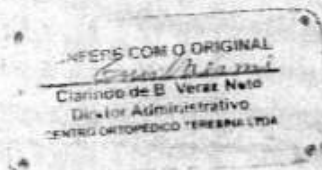
HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL



Centro Ortopédico Teresina Ltda			
Pac.	FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS	Data	28/04/2018 07:00
Idade	54 Anos 1 Meses 7 Dias	Pront.	0023441
Médico	AMANDA AMORIM DIAS	Presc.	Página: 1/1
Leito	APTO E	Peso/Alt.	0,00 Kg 0,00 m

1	EVOLUÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:	
	MEDICAÇÃO	HORÁRIO
2	Realizar troca de curativo	(H)
3	Retirar hidratação venosa	(H)
4	Alta hospitalar após orientações	(H)

DR CLARINDO VERAS
CRM 999-PI





COT - Centro Ortopédico Teresina Ltda

Av. Miguel Rosa, 3360 - Centro (Sul)
Teresina - PI 64001-490

Página 1 de 2

Sr.

FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS

RUA RUI BARBOSA,890 - CENTRO / S - Teresina - PI

Teresina, 23 de Outubro de 2018

questionando laudo dpvat
esclarecido.

CLARINDO VERAS
CRM-PI 999

Teresina, 13 de Setembro de 2018

boa evolução de movimentos no tornozelo eq.
rx de tornozelo eq. fr. consolidada d. emal lateral a eq. 14
liberado de alta, sem restrição.
dpvat

CLARINDO VERAS
CRM-PI 999

Teresina, 30 de Julho de 2018

deambulando sem muleta.
rx de tornozelo eq. fr. consolidada de mal lateral a eq. 14
iniciar fisioterapia.

CLARINDO VERAS
CRM-PI 999

Teresina, 29 de Junho de 2018

sem dores.
rx de tornozelo eq. fr. em fase final de consolidação de mal lateral a eq. 14.
manter uma muleta.
30 dias para retorno.

CLARINDO VERAS
CRM-PI 999

Teresina, 12 de Junho de 2018

boa evolução de movimentos de tornozelo eq.
iniciar carga.
retornar com 18 dias.

CLARINDO VERAS
CRM-PI 999

Teresina, 29 de Maio de 2018

movimentos livres de tornozelo eq.
rx de tornozelo eq. fr. em consolidação de mal lateral a eq. 14
manter sem carga.
15 dias.

CLARINDO VERAS
CRM-PI 999





COT - Centro Ortopédico Teresina Ltda

Av. Miguel Rosa, 3360 - Centro (Sul)
Teresina - PI 64001-490

Página 2 de 2

Continuação

Teresina, 17 de Maio de 2018

sem dores.

retirar tala pontos.

ATESTADO para esposa.

CLARINDO VERAS
CRM-PI 999

Teresina, 4 de Maio de 2018

operado dia 27/04/18, fratura de mal lateral a esq.

sem dores.

retirar tala.

atestado para esposa.

CLARINDO VERAS
CRM-PI 999

Teresina, 27 de Abril de 2018

alega acidente com moto, que caiu por cima do tornozelo esq, na via publica. sic
dores na face lateral de tornozelo esq.

rx de tornozelo esq. frat de mal lateral a esq, com desvio.

tala bota.

indicado cirurgia.

internado para cirurgia.

atestado para esposa.

CLARINDO VERAS
CRM-PI 999

Teresina, 9 de Setembro de 2009

DOR EM COLUNA LOMBAR JOELHOS E PLANTA DOS PES ESPORADICA PRINCIPALMENTE QUANDO
ESTA SENTADO E VAI LEVANTAR

ALMIR REBELO FILHO
CRM-PI 2972



Paciente: PRONT 0023441 FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS



Av. Miguel Rosa, 3360 / Sul - Teresina - Piauí - Fone: (86) 3230-7900





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190699717 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS **Data do acidente:** 27/04/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM TORNOZELO ESQUERDO, COM FRATURA DE MALÉOLO LATERAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 1/6/12

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





SECRETARIA DE SEGURANÇA DO PIAUÍ
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL "Gerardo Vasconcelos"
Rua Francisca de Melo Lôbo, s/n.º Sacy - Fone: 86 3220 7373
TERESINA-PI CEP: 64020-190 CNPJ: 06.553.549/0001-90



LAUDO DE EXAME PERICIAL - L. CORPORAL-ACID. TRÂNSITO

Pag: 1 de 1

Identificação do Laudo:			
Código: 113827	Tipo: L. CORPORAL-ACID.	Requerente: DELEGACIA DE ACIDENTES	Cidade: TERESINA-PI
Data Requisição: 11/10/2018	Remeter para: O Mestre (a)	Data Exame: 12/03/2019	Hora Exame: 14:17
Local Exame: I.M.L.		Emissão do Laudo: 12/03/2019 14:17:26	

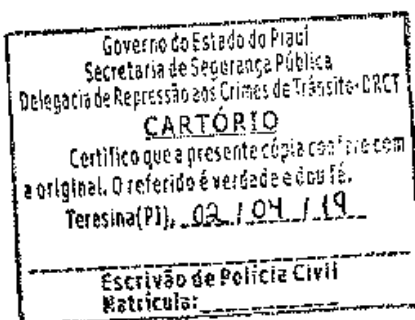
Identificação do Periciando:			
Código: 93717	Nome: FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS	Nacionalidade: Brasileira	Cópi: PARDA
Dt. Cadastro: 16/11/2018	Endereço: RUA RUI BARBOSA, 890 - CENTRO - TERESINA - PI		
Mae: IZABEL JACOB DA SILVA BARROS	Pai: JOSÉ DE OLIVEIRA BARROS		
CPF: -	RG: 506391-SSP-PI	Registro Nascimento:	
Profissão: TBC. MECANICO	Nascimento: 20/03/1964	Idade (anos): 55	Sexo: M
		Estado Civil: Casado(a)	

LAUDO:

P R E Â M B U L O: No dia, hora e local acima referidos, os peritos designados pelo Ilustríssimo Coordenador Estadual do Instituto de Medicina Legal "Gerardo Vasconcelos", IMLGV, André Biondi Ferraz - Perito Médico-Legista - CRM 4466 - PI, nos termos do art. 178 do Código de Processo Penal, para procederem ao Exame de Corpo de Delito descrito acima do periciando também já qualificado. Em face do que viram e observaram passaram a descrever com verdade e com todas as circunstâncias o que encontraram e, bem assim, esclarecerem tudo quanto possa interessar. **H I S T Ó R I C O:** Periciando informa que no dia 27/04/2018 sofreu acidente de trânsito (colisão moto x carro), tendo sofrido traumatismo. O fato teria ocorrido em Teresina-PI. Foi encaminhado ao Hospital COT, onde teria se submetido a tratamento cirúrgico. Forneceu fotocópias de prontuário médico de nº 23441 no qual constam: "...fratura em tornozelo esquerdo... placa e parafusos metálicos...". Não apresentou atestado médico. **DESCRIÇÃO:** orientado alo e auto psiquicamente, apresentando cicatriz no maléolo lateral do tornozelo esquerdo, sem déficit funcional significativo. **CONCLUSÃO:** as lesões descritas são compatíveis com as produzidas por instrumentos de ação contundente. **RESPOSTA AOS QUESITOS FORMULADOS:** 1) Houve ofensa à integridade física ou a saúde do examinado? Resp.: Sim. 2) Qual o instrumento ou meio que a produziu? Resp.: Contundente. 3) Tais lesões poderão ter sido provocadas por acidente de trânsito? Resp.: Sim. 4) Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função? Resp.: Sim para incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias. 5) Resultará incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou perda ou inutilidade de membro, sentido ou função ou deformidade permanente? Resp.: Não. 6) Outros dados julgados úteis? Resp.: Não. Nada mais havendo, deu-se por findo o presente laudo, que lido e achado conforme, vai devidamente assinado. /////

JOSÉ TADEU DE MACEDO SILVA FILHO
Perito Médico-Legista - CRM 3944-PI

Pag: 1 de 1



Dagmar Ribeiro de Matos Neta
Escrivã de Polícia Civil
Mat. 286768 - X



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0451440/19

Vítima: FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS

CPF: 240.572.313-15

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 27/04/2018

Titular do CPF: FRANCISCO RUYTER DA
SILVA BARROS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA : 703.754.703-44

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

FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS : 240.572.313-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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 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: 13/12/2019
Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
CPF: 703.754.703-44

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Danielle Nobre de Sousa



PROCURACAO PARTICULAR

OUTORGANTE Francisco Ruy Ter da Silva Barros		
Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: Casado	Profissão:
Identidade nº: 506.391 SSP/PF	CPF nº: 240.572.313-15	
Endereço: Rua Rui Barbosa 890 Centro - Teresina		
CEP:	Telefone: (91) 99982 3093	

OUTORGADO: MARIA DO CARMO PROCEDÓMIO DA SILVA		
Nacionalidade: Brasileira	Estado Civil: Solteira	Profissão: Bacharel em Direito
Identidade nº: 1.457.994-SSP/PI	CPF/MF nº: 703.754.703-44	
Endereço: Rua Henrique Dias, Nº 790, Bairro: Vermelha – Teresina – PI,		
CEP: 64.019-330	Telefone: (86) 99405-4326/ 99982-3093/ 99816-8055	

PODERES: Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador a outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar a pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia medica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para a fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATORIO DPVAT** por () POR MORTE (X) **INVALIDEZ PERMANENTE**, ou () **DAMS**, em acidente de transito ocorrido no dia 27/04/18 para a Vitima Francisco Ruyter da Silva Barral

SERVENTIA EXTRAJUDICIAL DO 1º OFÍCIO
Realizada em Santos, Valério O. Lima e Renato de Paula Mendes

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS NO DOCUMENTO PROCURAÇÃO PARTICULAR - PESSOA FÍSICA, EM TEST. DA VERDADE, DO FE. TERESINA, 10/12/2019 10:14:03
SELO AAO37571 - SC80 CONSULTE EM www.tjpi.jus.br/portalestra



RICARDO MIGUEL DE OLIVEIRA CUNHA - ESCRIVENTE
Ensl. R\$ 3,85 T.J.; R\$ 0,77 MP; R\$ 0,10 S.Mo. R\$ 0,26 Total. R\$ 4,98

VALÉRIO O. LIMA E RENATO DE PAULA MENDES
Escritório de Santos, Valério O. Lima e Renato de Paula Mendes

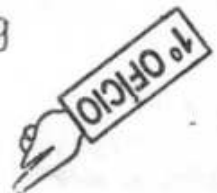
SERVENÇIA EXTRAJUDICIAL DO 1º OFÍCIO
Notas - Registro de imóveis 2º
Ricardo Miguel de Oliveira C.
ESCRIVENTE
Teresina - Piauí

Teremna. PT 10 112 2019

Local e data

Francis Rupt de Silve Basso

- Vitima ou Representante Legal -



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0128227/19

Vítima: FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS

CPF: 240.572.313-15

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 27/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS : 240.572.313-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/04/2019
Nome: FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS
CPF: 240.572.313-15

FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0451440/19

Vítima: FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS

CPF: 240.572.313-15

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/04/2018

Titular do CPF: FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA : 703.754.703-44

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

FRANCISCO RUYTER DA SILVA BARROS : 240.572.313-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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 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: 13/12/2019
Nome: MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA
CPF: 703.754.703-44

MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

