



Número: **0820536-28.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **24/05/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

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



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ

5º Cartório Cível da Comarca de Teresina

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

PROCESSO Nº: 0820536-28.2019.8.18.0140

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito]

AUTOR: FRANCISCO DE SALES BARROSO

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

CERTIDÃO

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

O referido é verdade e dou fé.

TERESINA-PI, 24 de maio de 2020.

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





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ

1º Cartório Cível da Comarca de Teresina

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

PROCESSO Nº: 0820536-28.2019.8.18.0140

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito]

AUTOR: FRANCISCO DE SALES BARROSO

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

DESPACHO

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

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

ATOS DE SECRETARIA:

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

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

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

TERESINA-PI, 15 de maio de 2020.



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





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ

5º Cartório Cível da Comarca de Teresina

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

PROCESSO Nº: 0820536-28.2019.8.18.0140

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S): [Acidente de Trânsito]

AUTOR: FRANCISCO DE SALES BARROSO

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

CERTIDÃO DE CONCLUSÃO

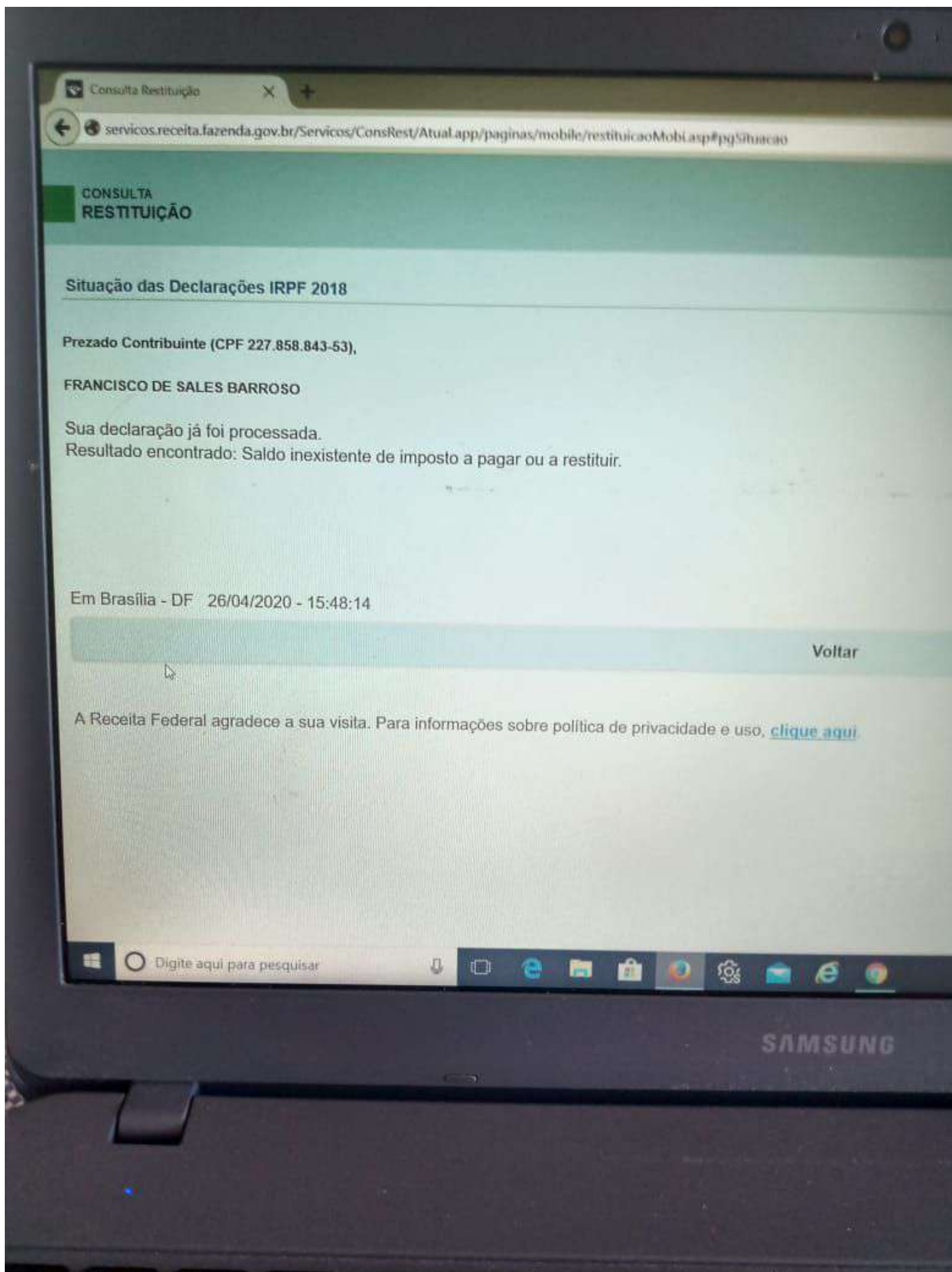
Certifico que, nesta data, faço a conclusão do presente processo para despacho.

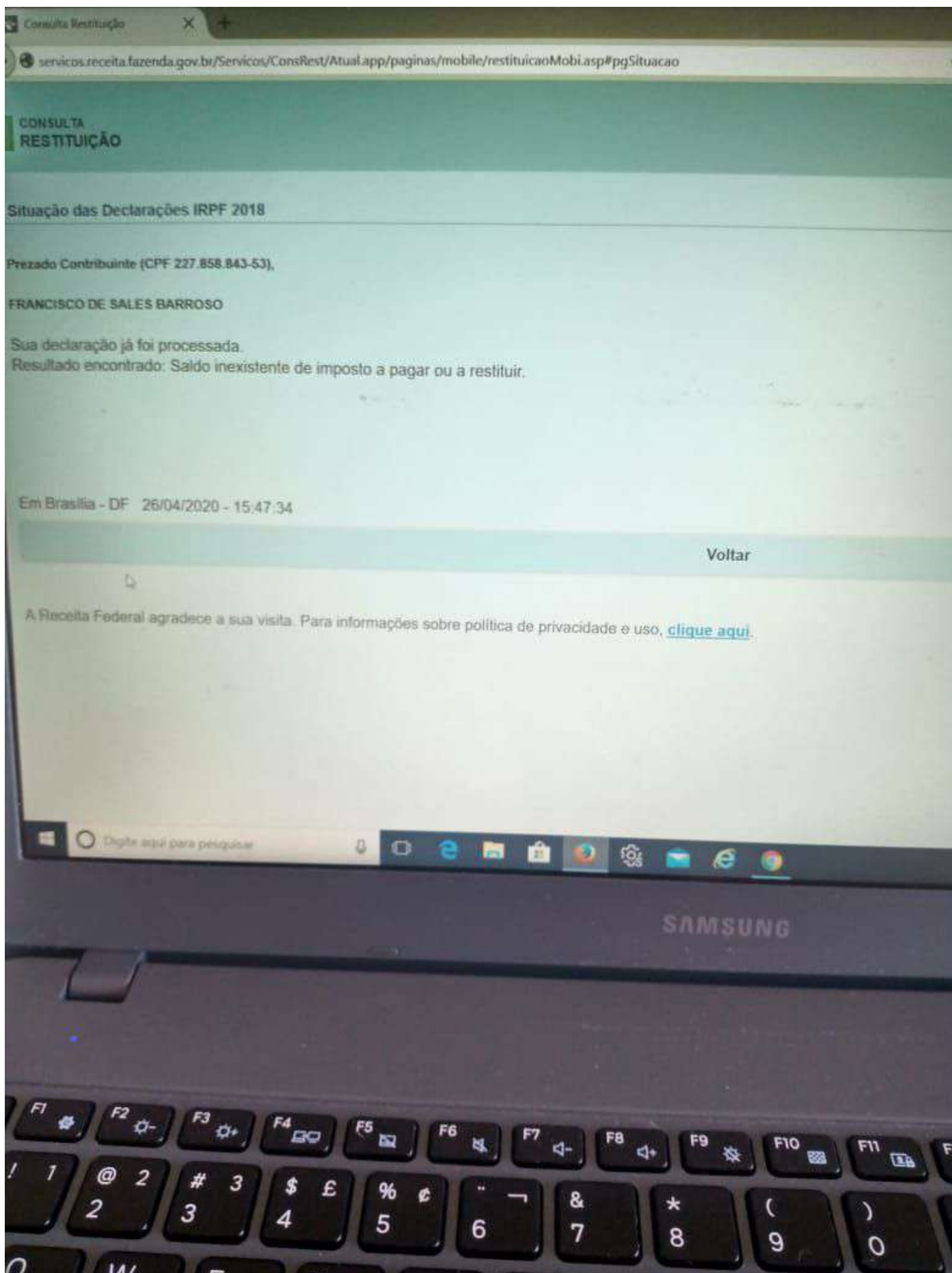
TERESINA-PI, 08 de maio de 2020.

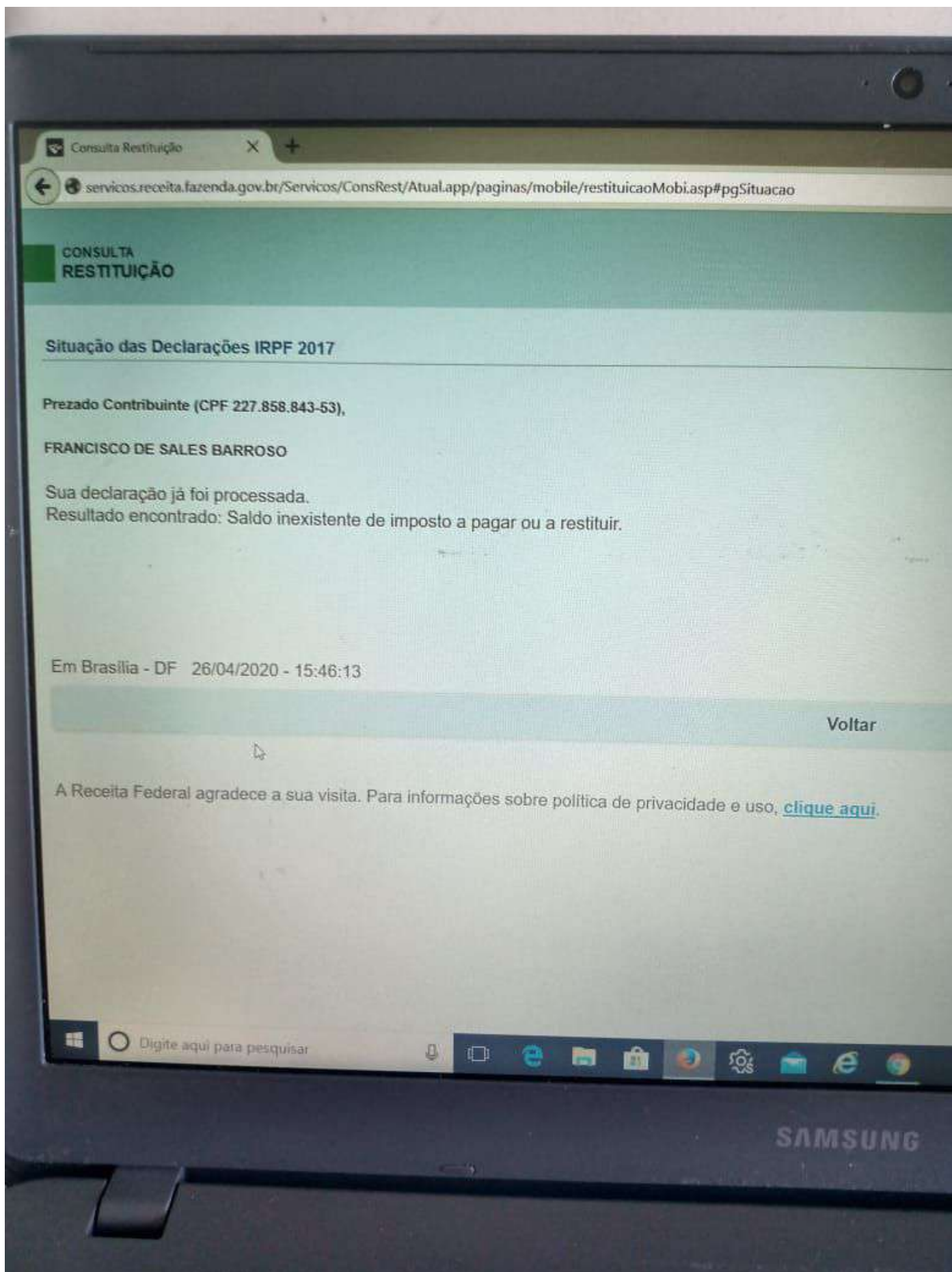
MARIA DE LOURDES FEITOSA SILVA
5º Cartório Cível da Comarca de Teresina













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

PROCESSO Nº: 0820536-28.2019.8.18.014

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

Nestes termos.

Pede

deferimento.

Teresina, 18 de abril de 2020.

Dr. Tiago Luiz Teixeira
OAB/PI Nº7560

Luciano Onofre Fonseca de Santana
OAB /PI nº 10.765





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

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

DESPACHO

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

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

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

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

TERESINA-PI, 5 de fevereiro de 2020.

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





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

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
912350212

NOME
FRANCISCO DE SALES BARROSO

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

CPF
227.858.843-53

DATA NASCIMENTO
29/01/1963

FILIAÇÃO
JOSE PASCOAL BARROSO
MARIA MONTEIRO DO N SA
RROSO

PERMISSÃO
ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
03182670024

VALIDADE
14/03/2019

1ª HABILITAÇÃO
21/08/1988

OBSERVAÇÕES

Francisco de Sales Barroso

ASSINATURA DO PORTADOR

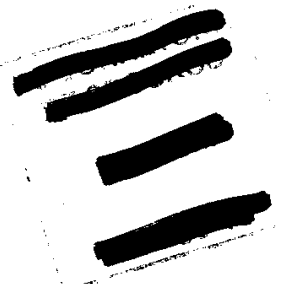
LOCAL
SAO PAULO, SP

DATA EMISSÃO
15/03/2014

02556996467
SP625020642

DETRAN SP (SAO PAULO)

PROBIBITO PLASTIFICAR
912350212





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

Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO



Nº da Nota Fiscal: 006957917

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
06/2018	25/06/2018	95	74,94

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

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

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classo/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
0101	01	01000	01	1111	0000

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

TARIFA SEM TRÍUTOS:
0 A 95 - 0 5790900

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002398/2018-14

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

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

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

25/11/2017 - 18:55

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

POVOADO

Endereço

ESTRADA DO CENTRO DOS AFONSIINHOS, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

Nome: FRANCISCO DE SALES BARROSO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 493972

Mãe: MARIA MONTEIRO DO N.BARROSO

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

Bairro: BOM PRÍNCÍPIO

Cidade: TERESINA

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

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

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

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616

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

Francisco de Sales Barroso

FRANCISCO DE SALES BARROSO - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: _____

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

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

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, _____
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francisco de Sales Benício
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

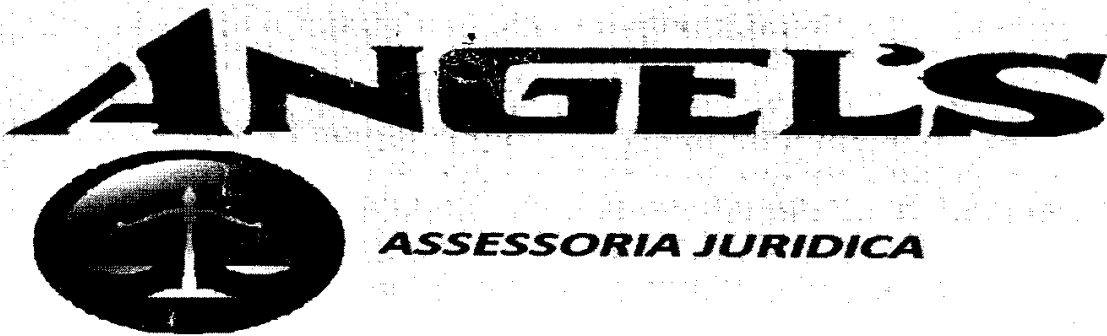
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

FPS.001 V001/2018



CNPJ: 29.703.588/0001-21

PROCESSO JURÍDICO

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

CLIENTE: FRANCISCO DE SALES BARROSO

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

Nº: 10

BAIRRO: BOM PRINCIPIO

CEP: 64095.030

PONTO DE REFERÊNCIA:

FONE: 086. 9.8896. 3838

CIDADE: TERESINA

ESTADO: PIAUI

RG: 493972

CPF: 22785884353

DATA DE NASCIMENTO: 29/01/1963

CAD- CÓDIGO FAMILIAR:

MAE: MARIA MONTEIRO DO N. BARROSO

ANGEL'S

Alberonio Alves



REDEDPVAT

Responsável: ESCRITORIO PIAUI

Código: #233995

Identificação

Natureza: Invalidiz

CPF: 227.850.943-53

Data Nascimento: 29/01/1963

Data Sinistro: 25/11/2017

Nome: FRANCISCO DE SALES BARRO - 3180/340658

Vítima

CEP: 64.095-030

Complemento: OUAHRA G 1

Logradouro: LOTEAMENTO NOVA SANTA

Bairro: BOM PRINCIPIO

Cidade/UF: Teresina-PI

Sinistro

Data Sinistro: 25/11/2017

UF Ocorrência: PI

Horário:

Cidade Ocorrência: Teresina

Tipo Veículo: 9 - Moto

Pessoas

CPF: 227.850.943-53

Tipo Beneficiário: Vítima

Nome Benef.: FRANCISCO DE SALES BARR

Data Nascimento: 29/01/1963

Checklist de Documentos**Sinistro**

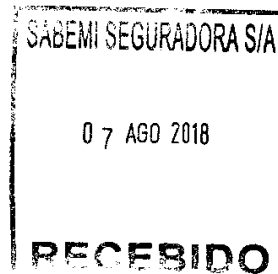
- ☐ Boletim de Ocorrência
- ☐ Certidão de casamento
- ☐ Certidão de nascimento
- ☐ Comprovação de ato declaratório
- ☐ Declaração de inexistência de IML
- ☐ Declaração do Proprietário do Veículo
- ☐ Documentação médico-hospitalar
- ☐ Documento de identificação
- ☐ DUT
- ☐ Laudo do IML - Lesão corporais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

Pessoas

FRANCISCO DE SALES BARROSO

- ☒ Autorização de pagamento
- ☒ Comprovante de residência

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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229-1972
TERESINA-PI CEP: 64011-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> FRANCISCO DE SALES BARROSO		<u>Prontuário:</u> 460648	
<u>Mãe:</u> MARIA MONTEIRO DO NASCIMENTO BARROSO		<u>Pai:</u>	
<u>End.Resid.:</u> LOT NOVA SANTANA QD EI CS 10 - BOM PRINCIPIO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
<u>Nascimento:</u> 29/01/1963	<u>Idade:</u> 54a:10m:27d	<u>Sexo:</u> Masculino	<u>Fone:</u> 86-93237-9060
<u>Responsável:</u> GARDEIA ROSA		<u>CNS:</u> 70340770341961e	
<u>Profissão:</u>		<u>Documento:</u> CPF: 174.854.880-53	
<u>G. Instrução:</u> Fundamental Incompleto		<u>E.Civil:</u> Casado	
<u>End.Local.:</u>			

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma:</u>	<u>Evento Principal:</u>	<u>Destino:</u>	<u>Classificação:</u>
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor leve recente	ORTOPEDISTA	Verde
<u>Breve História:</u>		Profissional Clas. Risco:	
<p>paciente com história de trauma por queda com fratura de fêmur no lado direito, com tratamento cirúrgico e uso de prótese. Atualmente apresenta dor leve recente na região da coxa direita, sem trauma recente. Não há febre, inchaço ou vermelhidão local. Não há alterações de marcha. Não há alergias medicamentosas.</p>		<p>ROMAN PEREIRA HOLANDA COREM 120664 PI Em: 05/11/2017 20:57:40</p>	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

TRAUMA NO PUNTO (D) FRATURA NA D1 D12

PA _____ X _____ mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico clínico:			

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: / / HORA: : CID: 0408020407 Procedimento 525

Francisco de Sales Barros
Assinatura Paciente ou Responsável

Aspirinatus - Aspirational Médico



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

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

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Bressima 03 de Agosto de 2018.
Local e Data

Francisco de Souza Barroso
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

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

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

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

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

Teresina, 03 de Agosto de 2018.

Local e Data

Francisco de Sales Barroso

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Declaração do proprietário do veículo

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

Órgão SSP-SP, portador do CPF:

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

Onde residio na(Rua/ Avenida/

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

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

FRANCISCA DE SALES BARROSO o condutor

Era FRANCISCA DE SALES BARROSO

Veículo: PAS / NENHUMA / MOTONETA

Modelo: HONDA / BIZ 125 ES

Ano: 2015 / 2015

Placa: PIH - 3052

Chassi: 9C2JC4820FR554757

Data do Acidente: 25 / NOVEMBRO / 2017.

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

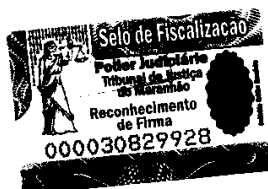
Gardenia Rosa M. Chaves Barroso

Assinatura do Declarante

Francisco de Sales Barroso

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

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



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



CARTA DE REANÁLISE

SINISTRO _____

Eu, FRANCISCO DE SALES BARROSO

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

Endereço: LOT. NOVA SANTANA QD G1 / CASA 10

Bairro: Bom Princípio Cidade: TERESINA UF PI

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

Francisco de Sales Barroso

Assinatura da vítima



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

DETRAN - PI 902017018095 Nº 013153000000
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 1044703579 ANO FAB. 2015

NOME
GARDENIA ROSA MONTEIRO CARVALHO BARRO
80

CPF 79520741320 PLACA PIH-3052

CPF 79520741320 PLACA PIH-3052

CPF 79520741320 PLACA PIH-3052

CPF 79520741320 PLACA PIH-3052

CPF 79520741320 PLACA PIH-3052

CPF 79520741320 PLACA PIH-3052

CPF 79520741320 PLACA PIH-3052

CPF 79520741320 PLACA PIH-3052

CPF 79520741320 PLACA PIH-3052

CPF 79520741320 PLACA PIH-3052

CPF 79520741320 PLACA PIH-3052

CPF 79520741320 PLACA PIH-3052

CPF 79520741320 PLACA PIH-3052

CPF 79520741320 PLACA PIH-3052

CPF 79520741320 PLACA PIH-3052

CPF 79520741320 PLACA PIH-3052

SEGURO OBRIGATORIO DE VEICULO (SOB) - OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS
LICENCIAMENTO DE VEICULO - OBRIGATORIO PARA TODOS OS VEICULOS

PI Nº 013153000000 BILHETE DE SEGURO DE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGUE NO VERSO

WWW.SEGURADORALIDON.COM.BR

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 13/4/2015

CPF 79520741320 PLACA PIH-3052

CPF 79520741320 PLACA PIH-3052

CPF 79520741320 PLACA PIH-3052

CPF 79520741320 PLACA PIH-3052

CPF 79520741320 PLACA PIH-3052

CPF 79520741320 PLACA PIH-3052

CPF 79520741320 PLACA PIH-3052

CPF 79520741320 PLACA PIH-3052

CPF 79520741320 PLACA PIH-3052

CPF 79520741320 PLACA PIH-3052

CPF 79520741320 PLACA PIH-3052

CPF 79520741320 PLACA PIH-3052

CPF 79520741320 PLACA PIH-3052





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

LAUDO MÉDICO

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

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 26/11/2017

PUNHO DIREITO

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

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

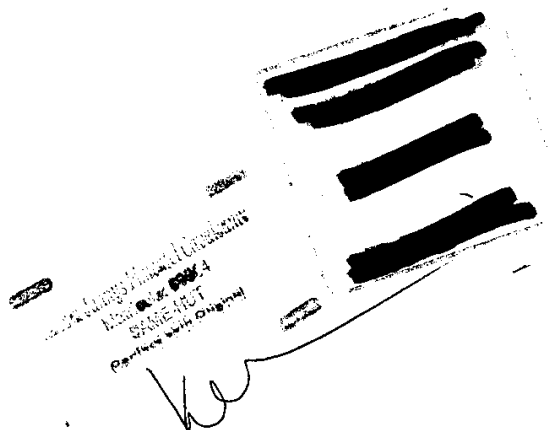
(GRANDI SILVA)

TERESINA - PI 26/11/2017

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

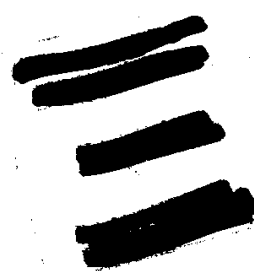


Alta



NOME DO PACIENTE: Francisco de Sales Mourão

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 460648



SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

TRAUMA NO PUNTO (D) FRATURA RADIO ULNA

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

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ____/____/____ HORA: ____:____:____

0408020407
Procedimento: CID

Francisco de Sales Barroso
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



TERESINA

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

UPA
2011

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

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

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

SSVV:

(Hora: :)

Ass.Profissional Clas. Risco:

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

DADOS CLÍNICOS:

queda de moto que resultou em dor e edema em punho

Diagnóstico Inicial:

?

EXAMES COMPLEMENTARES:

rx

CID:

PRESCRIÇÃO MEDICA:

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

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

ALTA COM RECEITA

DATA:

HORA:

Assinatura Paciente ou Responsável

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





Fundação Municipal de Saúde

SUS

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



Senha: 25112017013

SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

852.5

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

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

FICHA DE RETORNO

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





Fundação Municipal de Saúde

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

Francisco de Sales Barros	PRONT
FRANCISCO DE SALES BARROS	

NOME DO PACIENTE

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES

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

MÉDICO/CRM:

Mod: 007



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 26/11/17

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

MATERIAL DE CONSUMO

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

MOD - 094



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

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

Número do documento: 19081209362718100000005687340



centro cirúrgico

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

2° Assistente

Instrumentador(a)

Anestésico(a)

Data da Operação

Inicio

Film

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

Pto em mmes pto's blaguna do pto's benquod
D; Surpre e outregora; e campon gubem
Reducao do pto's - do recedro Abel D e
Proximo perantiam com fto de Kintam sob
reducao; curadon; Sola gomb

Dr. Bergiel Barbosa Bezerra
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 3909

Mod. 76 HUT



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Francisco de Sales BarrosoDATA DO ACIDENTE 25/11/2017 CPF DA VITIMA 222.858.843-53

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

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

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DMS

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

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

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 03/08/2018IDENTIDADE 493072 SSP/PA

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

Francisco de Sales Barroso

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Francisco de Sales Brasileiro

DATA DO ACIDENTE 25/11/2018 CPF DA VITIMA 229.858.843-53

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☐ VITIMA ☒ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VITIMA É Francisco de Sales Brasileiro

ENDEREÇO DO PORTADOR LOT. NOVA SERRANA, 00 61 CASA

Nº 40 COMPLEMENTO BAIRRO Bom Princípio

CIDADE Teotonia UF PI CEP 64000.000

E-MAIL TELEFONE (86) 9.9403.0976

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A ASSISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE:

DATA 17/07/2018

IDENTIDADE 493972 SSP PI

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELA CORREÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO

DATA

NOME

ASSINATURA

Francisco de Sales Brasileiro

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

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

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Teresina, 13 de JULHO de 2018
Local e Data

Francisco de Souza Barroso
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



Escritório de Advocacia

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

FRANCISCO DE SALES BARROSO, brasileiro,
Identidade (RG) nº 493.972 SSP-PI e, CPF. nº 227.858.843-53,
residente e domiciliado na QD E 1, C 10, B Bom Princípio,
cidade de Teresina, Estado do Piauí, por seus procuradores, *in
fine*, mandato anexo, onde recebem as comunicações de estilo,
vem, com o devido respeito, à presença de Vossa Excelência, ,
propor apresente:

<p>AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT</p>
--

em face da **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT
S/A**, pessoa jurídica de pessoa privada, localizada na Rua
Senador Dantas, nº 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro - RJ
inscrita no CNPJ nº 09.248.608/0001-04, CEP nº 20031-201,
pelos fatos e fundamentos jurídicos a seguir aduzidos:



Escritório de Advocacia

Por oportuno, os advogados subscritores desta declaram, sob sua responsabilidade pessoal, a autenticidade das cópias de documentos acostados a estainicial.

I -PRELIMINARMENTE

DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA

Inicialmente **o Autor** declara, sob as penas da Lei, que não está em condições de arcar com as custas processuais, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, e pleiteia os benefícios da Justiça Gratuita, assegurada pelo art. 4º da Lei 1.060/50.

Reza o "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 as custas do processo e os honorários de advogado, sem prejuízo próprio ou de sua família."

II - DAS RAZÕESFÁTICAS

O Requerente foi vítima de acidente automobilístico no dia **25/11/2017, às 18:55h**, conforme boletim de ocorrência e demais documentos juntados nos autos.

Da ocorrência, **o** Requerente veio a sofrer diversas **lesões corporais de natureza grave**, que podem ser percebidos os problemas, por meio de relatórios e prontuários médicos, conforme documentação acostada à exordial.

Verifica-se que **oRequerente encontra-se incapacitado para as ocupações habituais, não havendo**



Escritório de Advocacia

nenhuma possibilidade de recuperação significativa ou de cura, conforme os documentos encartados nessa inicial, os quais são suficientes para a comprovação dos danos sofridos pelamesma.

Dessa forma, os danos são inegáveis, em virtude do aludido acidente, teve sérios danos causados à sua integridade física.

Como é notório, o Seguro Obrigatório tem por finalidade dá proteção financeira às vítimas de acidente de trânsito, seja condutor, passageiro ou pedestre, compreendendo indenização por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar.

Dessa forma, após um período de recuperação dos traumas e do abalo psicológico que fora acometida, **o Autor** de posse dos prontuários, exames e laudos médicos, aptos a declarar a sua INCAPACIDADE PERMANENTE solicitou junto à empresa requerida o pagamento do sinistro do seguro DPVAT - por INVALIDEZ, visto os danos sofridos, ficando impossibilitado do exercício da profissão por força do acidente ocorrido.

No ato do requerimento do pagamento do sinistro do seguro a empresa Seguradora requereu documentações que comprovassem os fatos, como boletim de ocorrência, dentre outros documentos comprobatórios dos fatos e das lesões sofridas, tudo apresentado **pelo** Requerente à Seguradora nos termos da Relação de Documentos para Sinistro DPVAT.

Ocorre que, para surpresa **do Autor**, e **apesar de toda a documentação apresentada e de ter sofrido graves**



Escritório de Advocacia

danos físicos, entre outras agruras que vem sofrendo desde então, **não obteve valor de indenização pelo seguro DPVAT.**

III - DA FUNDAMENTAÇÃO JURÍDICA

DO INTERESSE DE AGIR

A Constituição Federal assegura, em seu art. 5º que “A lei não excluirá da apreciação do poder judiciário lesão ou ameaça a direito”. Desta forma o Requerente não precisa se submeter às vaidades administrativas das seguradoras do Convênio DPVAT para ver atendido o seu direito previsto em lei.

No entanto, suscitar a falta de interesse de agir caracteriza total desentendimento com a CF/88. Nesse sentido, vejamos a jurisprudência:

APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA - SEGURO DPVAT - FALTA DE INTERESSE DE AGIR AFASTADA - DESNECESSIDADE DE REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO - RECURSO PROVIDO - SENTENÇA CASSADA. Frente à atual orientação do STJ, adiro ao entendimento da desnecessidade da comprovação da prévia recusa administrativa, a fim de que a parte se valha do judiciário para receber a indenização securitária decorrente do seguro DPVAT. Recurso provido; sentença cassada.



Escritório de Advocacia

(TJ-MG - AC: 10024110177359002 MG, Relator: Eduardo Mariné da Cunha, Data de Julgamento: 30/01/2014, Câmaras Cíveis / 17ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 11/02/2014)

E M E N T A - APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA - SEGURO DPVAT - FALTA DE INTERESSE DE AGIR - EXAURIMENTO DA VIA ADMINISTRATIVA - DESNECESSIDADE - NULIDADE DAS ENTENÇAS-RECURSOPROVIDO.Em se tratando de pagamento do seguro obrigatório DPVAT, não é necessário o esgotamento da esfera administrativa para o recebimento da indenização, tendo a parte interessada a faculdade de ajuizar a demanda diretamente perante o Poder Judiciário.

(TJ-MS - APL: 08014965520138120005 MS 0801496-55.2013.8.12.0005, Relator: Des. Eduardo Machado Rocha, Data de Julgamento: 15/04/2014, 3ª Câmara Cível, Data de Publicação: 22/04/2014).

Importante mencionar que as seguradoras conveniadas com o Seguro DPVAT, dificultam o pagamento via administrativa solicitando vasta documentação e prorrogam o máximo o valor da indenização devida, e quando pagam, não cumprem a legislação vigente. Assim, não está **obrigado** Requerente a receber valor inferior ao previsto em lei, ficando assim explícito o INTERESSE DE AGIR.



Escritório de Advocacia

IV - DO NEXO DECAUSALIDADE

Cumprе salientar que a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT, foi criada com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT.

É incontestável a ocorrência do acidente de trânsito, uma vez que o Autor juntou aos autos os documentos que o comprovam (boletim de ocorrência, prontuários e laudo médicos) o que estabelecerá o nexo de causalidade.

Assim, no que concerne a **invalidez permanente**, restou devidamente comprovada pelo **laudo médico, no qual restaram atestados os danos sofridos pelo Requerente, entre eles fratura no punho direito**. Portanto em virtude de tais lesões o Autor não consegue mais realizar atividades habituais, cotidianas. Portanto, a conclusão médica foi pela existência de sequela funcional definitiva.

Dessa forma, ainda que, estando demonstrada a debilidade permanente, impõe-se a procedência da ação. Ademais a Lei nº 6.194/74 não traz nenhuma ressalva para que a invalidez decorrente da debilidade seja, de forma necessária, para o trabalho. Como no caso em tela, havendo a invalidez decorrente da debilidade permanente do membro, embora seja para algumas ocupações habituais, já está configurado o requisito necessário para autorizar o pagamento da indenização. Neste sentidovejamos:

AÇÃO DE COMPLEMENTAÇÃO DO SEGURO DPVAT - INVALIDEZ FUNCIONAL - COMPROVAÇÃO - PAGAMENTO NA INTEGRALIDADE - SENTENÇA MANTIDA. Não obstante a Súmula 474 do STJ, tratando-se de debilidade de caráter permanente de membro, apta a provocar incapacidade para o trabalho, cabível o pagamento integral do valor da perda, constateda



Escritório de Advocacia

tabela anexa à lei Nº 11.945/2009 a título de seguro DPVAT.

(TJ-MG - AC: 10313120224503001 MG, Relator: Wanderley Paiva, Data de Julgamento: 26/08/2015, Câmaras Cíveis / 11ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 01/09/2015)

V - DA PREVISÃO LEGAL

Em conformidade com o art 3º da Lei 6.194/74, os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT, compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas assistência médicas e suplementar. Vejamos:

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: (Redação dada pela Lei nº 11.945, de 2009). (Produção de efeitos). G.N.

a) (revogada); (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)

b) (revogada); (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)

c) (revogada); (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte; (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)



Escritório de Advocacia

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e(Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007).G.N.

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.(Incluído pela Lei nº 11.482, de2007)

Ora, Excelência, restados comprovadas as lesões sofridas e as alegações aqui prestadas, por meio das contundentes provas apresentadas, e sendo verossímeis os fatos presentes nesta exordial, cabe a este Juízo a determinação do pagamento do valor remanescente do sinistro, referente ao Seguro DPVAT, visto que devido em seu patamar maior e não pago na integralidade pela empresa seguradora requerida por ser expressão de justiça.

Entretanto, o valor pago **o Requerente** nada traz de coerência com a supracitada lei e seu anexo, não havendo correspondência do valor pago com os percentuais ali estampados, o que salta aos olhos tal disparidade.

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, amoldando-se perfeitamente à condição para 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



Escritório de Advocacia

culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

Portanto, verifica-se que qualquer pessoa, na hipótese de ser vitimada em acidente de trânsito e desde que haja **invalidez permanente ou parcial de qualquer grau, terá direito a uma importância pecuniária a título de indenização**, a qual no caso em baila foi fixada em lei por valor equivalente **a R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**.

Ocorre que, a despeito de ser límpido o direito **do Autor**, notadamente porque houve o reconhecimento da invalidez por parte da Seguradora, **o Autor não obteve valor de indenização pelo seguro DPVAT**.

Nossos tribunais tem assim se manifestado, vejamos:

AÇÃO DE COMPLEMENTAÇÃO DO SEGURO DPVAT - INVALIDEZ FUNCIONAL - COMPROVAÇÃO - PAGAMENTO NA INTEGRALIDADE - SENTENÇA

MANTIDA. Não obstante a Súmula 474 do STJ, tratando-se de debilidade de caráter permanente de membro, apta a provocar incapacidade para o trabalho, cabível o pagamento integral do valor da perda, constante da tabela anexa à lei Nº 11.945/2009 a título de seguro DPVAT.

(TJ-MG - AC: 10313120224503001 MG, Relator: Wanderley Paiva, Data de Julgamento: 26/08/2015, Câmaras Cíveis / 11ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 01/09/2015)

Vale ressaltar que, é entendimento pacificado pela jurisprudência pátria que o pagamento do referido seguro deverá



Escritório de Advocacia

ser efetuado por qualquer seguradora privada integrante do consórcio instituído pela Resolução 1/75 do CNSP, vejamos o seguinte julgado:

E M E N T A - APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA SECURITÁRIA - DPVAT - PEDIDO DE ALTERAÇÃO DO PÓLO PASSIVO - SEGURADORA INTEGRANTE DO CONSÓRCIO NACIONAL DO CONVÊNIO DPVAT - LEGITIMIDADE - REVELIA - PRESUNÇÃO RELATIVA DE VERACIDADE - NECESSIDADE DE PRODUÇÃO DE PROVA PERICIAL - SENTENÇA ANULADA - RECURSO PROVIDO.É

pacífico o entendimento do Tribunal de Justiça de Mato Grosso do Sul de que toda qualquer seguradora integrante do consórcio nacional do convênio DPVAT tem legitimidade para figurar no pólo passivo de ação visando cobrança de seguro obrigatório. A presunção de veracidade prevista no dispositivo é relativa e não implica necessariamente na procedência da pretensão inicial, sendo necessário a análise das circunstâncias apresentadas, podendo o juiz, até mesmo, julgar improcedente a ação. A prova pericial atestando a ocorrência de invalidez permanente é prova essencial para a procedência do pedido de cobrança de indenização a título de DPVAT.

(TJ-MS - APL: 00042793920128120021MS 0004279-39.2012.8.12.0021, Relator: Des. Claudionor Miguel Abss Duarte, Data de Julgamento: 15/01/2013, 4ª Câmara Cível, Data de Publicação: 23/01/2013)

Assim, as seguradoras que fazem parte do consórcio DPVAT, portanto são regidas pelo princípio da solidariedade, ou seja, todas podem ser acionadas para o pagamento da indenização devida, tanto na esfera administrativa quanto na esfera judicial.



Escritório de Advocacia

Vale mencionar ainda, que tanto a legislação quanto a jurisprudência assim entendem, já pacificada pelo Egrégio Tribunal de Justiça, *in verbis*:

AGRAVO REGIMENTAL. RECURSO QUE NÃO LOGRA INFIRMAR OS FUNDAMENTOS DA DECISÃO AGRAVADA. SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. ACIDENTE DE TRÂNSITO. LEGITIMIDADE PASSIVA. SEGURADORA. AUSÊNCIA DE PREQUESTIONAMENTO. SÚMULA N. 211/STJ. MATÉRIA CONSTITUCIONAL. IMPOSSIBILIDADE DE EXAME NA VIA DO RECURSO ESPECIAL.

1. Mantém-se na íntegra a decisão recorrida cujos fundamentos não foram infirmados.

2. Qualquer seguradora que opera no sistema pode ser acionada para pagar o valor da indenização correspondente ao seguro obrigatório, assegurado o direito de regresso. Precedentes.

(...)

6. Agravo regimental improvido.

(STJ - AgRg no Ag: 870091 RJ 2007/0030346-6, Relator: Ministro JOÃO OTÁVIO DE NORONHA, Data de Julgamento: 20/11/2007, T4 - QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJ 11/02/2008 p.106).

Desse modo, em vista da recusa da Seguradora em pagar a indenização integral pelo sinistro, muito embora tenha reconhecido na via administrativa a invalidez, não restou outra alternativa senão acionar o Poder Judiciário **para que imponha a Seguradora a obrigação de pagar a complementação de sua indenização, devidamente corrigido monetariamente, e com a incidência de juros**



Escritório de Advocacia

multa moratórios legais do período ou seja, 13/10/2015,
conforme preceitua o art. 5º, § 7º da Lei 6.194/74.

Art. 5º

(...)

§ 7º Os valores correspondentes às indenizações, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária, sujeitam-se à correção monetária segundo índice oficial regularmente estabelecido e juros moratórios com base em critérios fixados na regulamentação específica de seguro privado. (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)

Eis a razão que alberga o direito da Autora.

VI - DOS PEDIDOS

Diante do exposto, requer a Vossa Excelência:

a) **A concessão dos benefícios da Justiça Gratuita** por ser a Requerente pessoa pobre na acepção da Lei nº 1.060/50.

b) A citação da Requerida no endereço constante da inicial, através de seu representante legal, para, querendo, contestar a presente ação, sob pena de confissão e revelia, nos termos do art. 344 do NCPC;



Escritório de Advocacia

c) A procedência do pedido constante da presente ação, com a condenação da empresa seguradora **Requerida** ao **pagamento da diferença da indenização do Seguro DPVAT o Requerente**, no correspondente ao importe de **R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais)** devidamente **corrigido monetariamente, e com a incidência de juros e multa moratórios legais do período;**

d) A condenação ao pagamento das custas e honorários advocatícios, estes arbitrados em 20% do valor da condenação;

e) A condenação em honorário de sucumbência;

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos, especialmente pelo depoimento pessoal das partes, oitiva de testemunhas, realização de perícias e juntada de quaisquer outros documentos que esse respeitável Juízo entender necessário.

Nos termos do art. 272, § 5º do CPC/2015 (constando dos autos pedido expresso, para que as comunicações dos atos processuais sejam feitas em nome dos advogados indicados, o seu desatendimento implicará nulidade), requer-se que as comunicações dos atos processuais sejam dirigidas ao advogado Tiago Luiz Teixeira, OAB/PI nº 7560

Dá-se à causa o valor de **R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais)**



Escritório de Advocacia

Nestes termos.
Pede deferimento.

Teresina, 12 de agosto de 2019.

Dr. Tiago Luiz Teixeira
OAB/PI N°7560

DOS QUESITOS DA PERÍCIA:

- 1) Houve ofensa à integridade física ou à saúde da examinanda? Quais lesões ela sofreu?
- 2) Restou sequelas da lesão ocorrida? Em caso afirmativo, favor identificá-las.
- 3) Tais lesões resultaram na incapacidade da requerente para as ocupações habituais, ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função?
- 4) Tal sequela resultou em incapacidade permanente para o trabalho na função exercida pela pericianda?
- 5) Se tal sequela resultou em deformidade incurável, ou perda ou inutilidade de membro, sentido ou função, ou deformidade permanente?



Escritório de Advocacia

6) Qual o grau/percentual da debilidade permanente sofrida pelo periciando?

Teresina, 12 de agosto de 2019

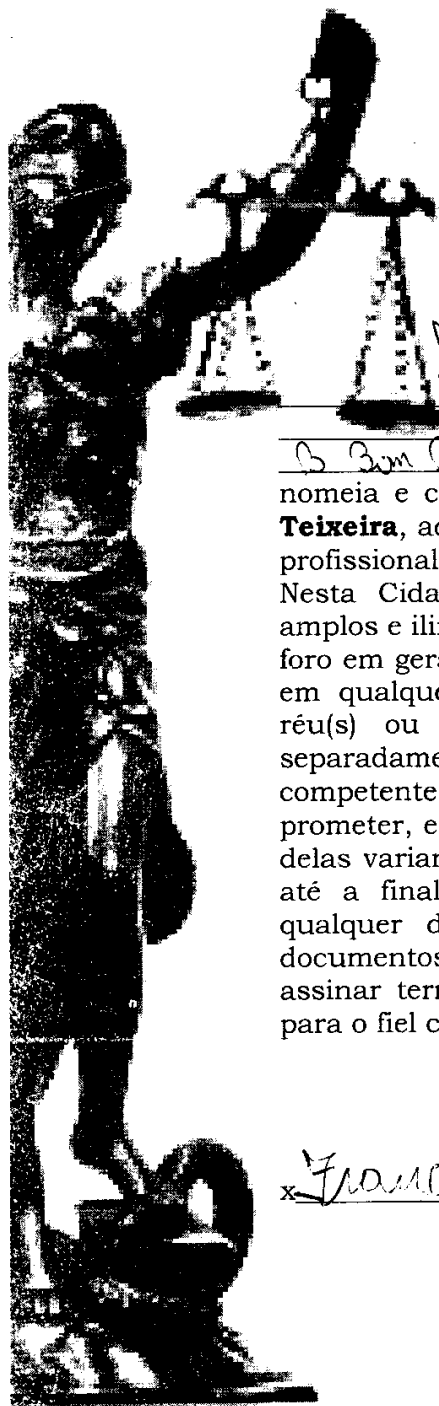
Dr. Tiago Luiz Teixeira
OAB/PI Nº7560



Escritório de Advocacia

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

'Procuração ad Judicia'



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

o Sr. Francisco

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

Teresina, PI, 20, Setembro, 2013.

x Francisco de Sales Carneiro

Página 1 de 1

Tiago Luiz Teixeira
OAB PI 7560

Telefone: 86 9921-2673

Email:
tiagoluiz.advogado@hotmail.com

