



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2015

Carta nº: 6068925

A/C: FRANKLIN SILVA COELHO

Sinistro: 3150020707
Vitima: FRANKLIN SILVA COELHO
Data Acidente: 29/05/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2015

Carta nº: 6154538

A/C: FRANKLIN SILVA COELHO

Sinistro: 3150020707
Vítima: FRANKLIN SILVA COELHO
Data Acidente: 29/05/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Franklin Silva Coelho
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Osmundo Costa, S/N
Centro Massapê do Piauí PI CEP: 64573-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 3.583.095
Data local do exame: [28/01/2015] Picos [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

fratura de clavícula direita.

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

bom estado geral, cirúrgico, alta definitiva em 30 de junho de 2014, sem sequelas.

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

() Sim **(X) Não**

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

(X) "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

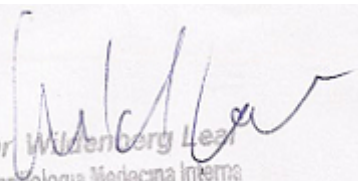
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Wilkenberg Leal
Cardiologia Medicina Interna
CRM1937



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANKLIN SILVA COELHO,
RG nº 3.583.095, data de expedição 18/03/2011, Órgão SSP-PJ,
CPF nº 055.825.443-80, venho perante a este instrumento declarar que não
posso comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no
endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Osvaldo Costa</u>	PERSONAL REGULADORA 08 JAN 2015
Número	<u>3/nº</u>	
Apto / Complemento		RECEBIDO
Bairro	<u>Centro</u>	
Cidade/município	<u>Massapê do Piauí</u>	
Estado	<u>Piauí</u>	
CEP	<u>64.573-000</u>	
Telefone de Contato	<u>(89) 9401-8039 (Dr. Rômulo)</u>	
E-mail	<u>romulobacelar@bol.com.br</u>	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Tricóis-PJ, 04 de novembro de 2014.

Assinatura do Declarante: X Franklin Silva Coelho



Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série G-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 05/98

Para contato com a
Eletrobras, informe
o código

1077929-9

Nº da Nota Fiscal

000440290

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

CONTAS EM VENCIMENTO
AGOSTO/2014 21/08/2014 160 55,69

FRANCISCO SILVA COELHO
R. OSMUNDO COSTA S/N PROX A DELEGACIA B-URBANO

DADOS DA FATURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	7107	Atual:	14/08/2014
Anterior:	6947	Anterior:	14/07/2014
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	14/09/2014
Consumo Medido:	160	Emissão:	14/08/2014
Consumo Faturado:	160	Apresentação:	14/08/2014
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	31
Classe/Subclasse:	RESID. B.X. RENDA	Código de Irregularidade:	
Ligação:	MONO	Código de Irregularidade:	
Número Medidor:	A977073	Código Fat. Média 12 meses:	154
Poste:			

HISTÓRICO kWh		CONSUMO	
Mês/ano consumo		30 A R\$	0,147569 = 4,42
JUL/14	169	70 A R\$	0,252970 = 17,70
JUN/14	165	60 A R\$	0,379462 = 22,76
MAI/14	183		5,10
ABR/14	137	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	23,77
MAR/14	126	DIFERENÇA DE TARIFA	18,06
FEV/14	158	SUBVENCAO BAIXA RENDA	
JAN/14	173		
DEZ/13	151		
NOV/13	152		
OUT/13	158		
TARIFA COM TRIBUTOS:			
0 A 30	- 0,112000		
31 A 100	- 0,152000		
101 A 160	- 0,200000		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$
07/2014 57,51

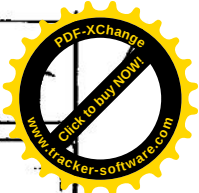
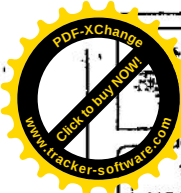
Unidade consumidora solicita a suspensão do fornecimento da energia elétrica a partir de 29/08/2014, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SPERA. Informamos ainda a inclusão de contas vencidas e já reavaliadas no valor de R\$ 128,09 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1

RESERVADO AO FISCO 8610 8843 1162 5099 5500 0525 0207 RE16

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	24,76	Base de Cálculo:	68,65
Energia:	22,01	Alíquota ICMS:	20,00%
Transmissão:	1,69	Valor do ICMS:	13,73
Encargos:	3,66	Valor do PIS:	0,50
Tributos:	16,53	Valor do COFINS:	2,30

Tributos:	16,53							
INDICADORES DE CONTINUIDADE:								
	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Límite	7,26	14,53	29,06	3,85	7,71	15,42	4,31	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunto	PICO5-JUNCO						Período de apuração: 06/2014	EUSD: 22,86



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE

2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

FRANKLIN SILVA COELHO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700006371299500

10 - NOME DA MÃE

FILOMENA JOANA SILVA COELHO

12 - ENDEREÇO

OSMUNDO COSTA, 0 - CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

MASSAPE DO PIAUI

PERSONAL
REC 8 DATA DE NASCIMENTO
05/03/1995
08 JAN 2015
RECEBIDO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 2

JÁRIO

302301

11 - TELEFONE DE CONTATO

(89) 9405-6886

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2206050

15 - UF

PI

16 - CEP

64573-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Transtorno com quebras de fêmur no antebraço (D1) por acidente de trânsito

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

→ Fratura de fêmur D1

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de fêmur D1

21 - CID PRINCIPAL

S420

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ortopedia

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408010150

26 - CLÍNICA

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

28 - DOCUMENTO

() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

70291018353

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

Ortopedia

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

29.05.14

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

CRM 11336-1-PE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.

45 - CODUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO PROFISSIONAL)

Assinatura paciente/Responsável

Francisco Silva Coelho

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR



FRANKLIN SILVA COELHO
Nasc.: 05/03/1995 Idade: 19 ANOS, 2 MESES, 24 DIAS Profissão:
End.: OSMUNDO COSTA, 0 - Bairro: CENTRO
IBGE: 2206050 Cor: PARDA Mãe: FILOMENA JOANA SILVA COELHO
Telefone: () - Celular: (89) 9405-6886

CPF: - RG: 3583095 - SUS: 700006371299500
Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64573-000
Cidade: MASSAPE DO PIAUI/PI
Pai: FRANCISCO SILVA COELHO

Clinica: **ORTOPEDIA** Documento: 1 - HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
Responsavel: FRANKLIN SILVA COELHO - O MESMO Temp.: 0°C Peso: 0Kg P.A.: 0

Procedimentos
29/05/2014 8:44 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (I 223505
29/05/2014 8:53 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

☐ Sem ☐ Vermelho - Emergência ☐ Amarelo - Urgente ☒ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: DOR MEMBRO SUPERIOR

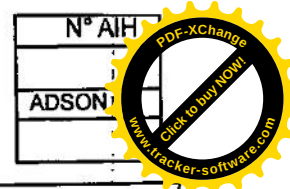
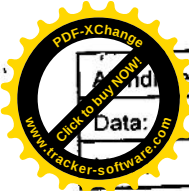
Exame clinico/fisico:

Diagnostico provavel:

Medicação:

PERSONAL
REGULATÓRIA
08 JAN 2015
RECEBIDO

Procedimentos/exames realizados:	Ass. Técnico



BOLETIM DE ADMISSÃO

302301 - FRANKLIN SILVA COELHO

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - Nascimento: 05/03/1995 - Cor/Raça: 03-PARDA

19 ANOS, 2 MESES, 24 DIAS

Clinica: ORTOPEDIA Enfermaria: 13- ORTOPEDIA - M Leito: C13/63 Convênio: SUS

Escolaridade: ENSINO MÉDIO INCOMPLETO Médico: 2959 - RUBEM PINHEIRO DO NASCIMENTO

CPF: RG: 3583095 CNS: 700006371299500 SIS Prenatal:

Endereço: OSMUNDO COSTA, N° 0 - CEP: 64573-000 Bairro: CENTRO

Cidade: 2206050- MASSAPE DO PIAUI/PI Profissão: LAVRADOR Telefone: (89) 9405-6886

Pai: FRANCISCO SILVA COELHO Mãe: FILOMENA JOANA SILVA COELHO

Responsável: FRANCISCO SILVA COELHO - - PAI

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

Resultado

☐
☐
☐
☐

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

☐
☐
☐

-48 Horas

+48 Horas

Obito

Transferido

História Clínica

RECEBIDO

08 JAN 2015

Diagnóstico Provável

RUBEM PINHEIRO DO NASCIMENTO

CHU 2113
L. L. Rêtil
am 2113



"TERMO DE RESPONSABILIDADE, FIANÇA E AUTORIZAÇÃO"



Paciente
FRANKLIN SILVA COELHO

7

...u, abaixo qualificado,

Responsável FRANCISCO SILVA COELHO	Parentesco PAI	Telefones
Paciente FRANKLIN SILVA COELHO	Nascimento 05/03/1995	RG 3583095
Endereço OSMUNDO COSTA	Leito C13/63	Enfermaria 13 ORTOPEDIA - M

Ao final firmado (a) como responsável pelo(a) paciente retroqualificado(a) autorizo por esta a melhor forma de direito, a internação hospitalar do(a) referido paciente neste HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ, sediado a ANTENOR NEIVA, 184 de PICOS.

Esta autorização, representando minha livre expressa manifestação de vontade, inclui internação hospitalar, tratamento clínico ou cirúrgico, realização de exames e prova complementares, invasivas ou não, hemoterapia e tudo mais que se fizer necessário para o tratamento do(a) paciente.

Declaro para os devidos fins que, NO CASO DO PACIENTE POSSUIR CONVÊNIO MÉDICO, estou ciente de que para ter direito a cobertura do custo do tratamento, HÁ NECESSIDADE DE EXPRESSA AUTORIZAÇÃO da empresa (Convênio) SUS

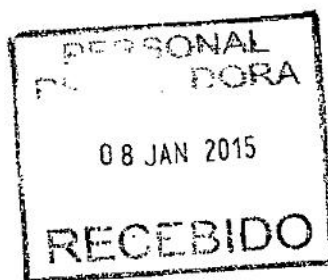
Declaro que, em caso de optar por acomodação de nível superior ao estipulado pelo convênio, assumo a diferença de acomodação e de honorários médicos conforme tabela AMB.

Declaro, ainda, estar ciente de que a ausência de autorização, SEJA QUAL FOR O MOTIVO, impede o hospital efetuar cobrança de quaisquer valores do convênio médico.

Assim, ASSUMO, PERANTE O HOSPITAL, TOTAL RESPONSABILIDADE PELO PAGAMENTO DAS DESPESAS DECORRENTES DO ATENDIMENTO MÉDICO FORNECIDO AO PACIENTE ACIMA CITADO, CASO O CONVÊNIO NÃO FORNEÇA A INDISPENSÁVEL AUTORIZAÇÃO, sendo certo que, nesta hipótese, os valores corresponderão aqueles praticados pelo próprio convênio em idêntica situação, ressaltando-se também o direito de solicitar a transferência do paciente caso seu estado de saúde o permita, arcando apenas com o custo do tratamento efetivamente fornecido.

Declaro para os devidos fins que, no caso do(a) paciente não possuir convênio, a internação se torna particular, aceito os valores da tabela particular praticada pelo Hospital, conforme cópia que me é apresentada neste ato. Concordo também que as contas serão fechadas e apresentadas a cada 3 (três) dias, e abatidas do valor pago antecipadamente, por ocasião da internação, sendo certo que quando a mesma atingir 70% (setenta por cento) do valor pago antecipadamente, farei novos pagamentos quantos forem necessários.

PICOS, 29 de maio de 2014



Francisco Silva Coelho
FRANCISCO SILVA COELHO

Testemunha
Nome: _____
RG: _____

Testemunha
Nome: _____
RG: _____



3

LAUDO CIRÚRGICO

PERSONAL
1. FEB 1964
08 JAN 2015
RECIBIDO

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- 1) Savant e un demnitate func
- 2) Arhiepiscopul Bucurestilor
- 3) Spregea de CD
- 4) Suma pagaturilor anterioare
- 5) Acum de la ora de pastora.
- 6) Reducere de preturi.
- 7) Subscripție de fiz. în amestec
- 8) suma din abonamente, fiz.

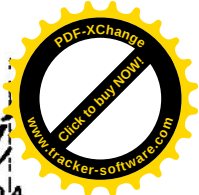
TÉCNICA: (Ligadura, Sutura, Fechamento e Drenagem) <

Dr. Rubem Pinheiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-2859-PI / 1502
TEOT - 11375



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
SESAPI - Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
C.G.C 06.553.564 / 0102 - 81
Pça Antenor Neiva, 184
Fones: (0xx89) 3422 - 1314 / 1670
CEP 64.600 - 000 - Picos - PI

Saúde
Secretaria de Estado



**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PICOS - PI**

SERVIÇO RADIOLÓGICO

NOME. FRANKLIN SILVA COELHO 11/07/2014

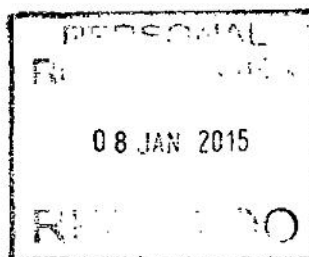
EXAME : CLAVICULA DIREITA

MEDICO . RUBEM

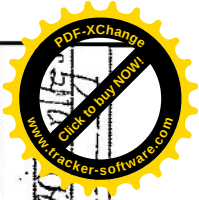
COMPETENCIA : JULHO 2014

LAUDO

- FRACTURA NA CLAVICULA DIREITA CONTIDA POR HASTE METALICA.




**DR. LARISSA MACÊDO SOARES
RADIOLOGISTA CRM-3930-PI**



Franklin Silva Wells.

NOME:	PRESCRIÇÃO MÉDICA	ALA	C	APTO.	ENFER.	LEITO	R. MET.	
DATA:		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM						
		HORÁRIO DE MEDICAÇÃO			OBSERVAÇÕES			
1 - Anest. 300		ATENÇÃO!			12:20. Visão admistrato para			
2 - 500 mg 200 - 2000 af EV 12/20		12/20			procedimento cirúrgico - extirpação			
Salina 50% - 01/01/20		12/20			de fístula de clavícula. EBR			
		12/20			condição clínica - fístula			
		12/20			entepedista Dr. Ruben			
		12/20			13:40 PA = 110 x 60 mmHg. Adm. Enf. UFPI			
		12/20			Andrezza Alves			
		12/20			S.O. / Visão foi submetida a uma cateteriza			
		12/20			ção. fístula de clavícula sob efeito de blo			
		12/20			queiro anestésico sem intercorrências. O			
		12/20			paciente admitido em POS de intercorrênc			
		12/20			de fístula em clavícula. D. no pite de			
		12/20			bloqueio anestésico. Coniente. Sinto de,			
		12/20			párese, sem acesso venoso prévio em			
		12/20			m. E. Sinto de espontâneo, ainda em			
		12/20			distal zone até 2º adom. Sem quinq			
		12/20			no momento. FO visível. Adm. Enf. UFPI			
		12/20			doença grave			
		12/20			18:00. Visão em repouso da interna			
		12/20			na visão de fístula de clavícula			
		12/20			C.p.m. - 122180			
		12/20			20:00. Visão em repouso da interna			
		12/20			na visão de fístula de clavícula			
		12/20			C.p.m. - 122180			
		12/20			20:00. Visão em repouso da interna			
		12/20			na visão de fístula de clavícula			
		12/20			C.p.m. - 122180			
		12/20			20:00. Visão em repouso da interna			
		12/20			na visão de fístula de clavícula			
		12/20			C.p.m. - 122180			
		12/20			20:00. Visão em repouso da interna			
		12/20			na visão de fístula de clavícula			
		12/20			C.p.m. - 122180			
		12/20			20:00. Visão em repouso da interna			
		12/20			na visão de fístula de clavícula			
		12/20			C.p.m. - 122180			
		12/20			20:00. Visão em repouso da interna			
		12/20			na visão de fístula de clavícula			
		12/20			C.p.m. - 122180			
		12/20			20:00. Visão em repouso da interna			
		12/20			na visão de fístula de clavícula			
		12/20			C.p.m. - 122180			
		12/20			20:00. Visão em repouso da interna			
		12/20			na visão de fístula de clavícula			
		12/20			C.p.m. - 122180			
		12/20			20:00. Visão em repouso da interna			
		12/20			na visão de fístula de clavícula			
		12/20			C.p.m. - 122180			
		12/20			20:00. Visão em repouso da interna			
		12/20			na visão de fístula de clavícula			
		12/20			C.p.m. - 122180			
		12/20			20:00. Visão em repouso da interna			
		12/20			na visão de fístula de clavícula			
		12/20			C.p.m. - 122180			
		12/20			20:00. Visão em repouso da interna			
		12/20			na visão de fístula de clavícula			
		12/20			C.p.m. - 122180			
		12/20			20:00. Visão em repouso da interna			
		12/20			na visão de fístula de clavícula			
		12/20			C.p.m. - 122180			
		12/20			20:00. Visão em repouso da interna			
		12/20			na visão de fístula de clavícula			
		12/20			C.p.m. - 122180			
		12/20			20:00. Visão em repouso da interna			
		12/20			na visão de fístula de clavícula			
		12/20			C.p.m. - 122180			
		12/20			20:00. Visão em repouso da interna			
		12/20			na visão de fístula de clavícula			
		12/20			C.p.m. - 122180			
		12/20			20:00. Visão em repouso da interna			
		12/20			na visão de fístula de clavícula			
		12/20			C.p.m. - 122180			
		12/20			20:00. Visão em repouso da interna			
		12/20			na visão de fístula de clavícula			
		12/20			C.p.m. - 122180			



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ - SESAPI
HOSPITAL REGIONAL "JUSTINO LUZ"
PICOS - PIAUÍ
FICHA DE SALA

NOME DO PACIENTE <i>Franklin Silva Coelho</i>			DATA <i>29/05/12</i>	REGISTRO Nº	LEITO
OPERAÇÃO <i>Colostomia de emergência</i>			SALA <i>01</i>		
MATERIAL DE CONSUMO		PREÇO		APARELHAGEM	
DISCRIMINAÇÃO	QUANT.	UNID.	TOTAL	Marque com um X quando utilizar	
ADRENALINA PVP	<i>200ml</i>			APARELHO DE SONO	☐
ALGODÃO				AP. DE TRANSUSÃO	☐
ÁGUA BI-DESTILADA <i>amp</i>	<i>04</i>			ASPIRADOR	☐
ATADURA DE CREPOM				ESTERELIZADOR	☒
ATADURA GESSADA				FERROS CIRÚRGICOS	☒
ATROPINA				SALA DE OPERAÇÃO	☒
CAT-GUT SIMPLES				AR-REFRIGERADO	☒
CAT-GUT CROMADO					
DIPIRONA					
DOLANTINA					
DROPERIDOL					
EFORTIL					
ESPARADRAPO <i>cm</i>	<i>40</i>				
IR ANESTÉSICO				USO DA SALA	
FENERGAN				INÍCIO	TÉRMINO DURAÇÃO
FENTANIL				<i>16:00</i>	<i>17:00 1h</i>
FIO DE ALGODÃO				OPERAÇÃO <i>Colostomia de emergência</i>	
FIO DE SEDA				CIRURGIA <i>Peri Peri</i>	
FIO UMBILICAL				1º AUXILIAR	
FLAXEDIL				2º AUXILIAR	
FLEBOCORDIT				ANESTESISTA <i>Val Rêgo</i>	
GAZE <i>pet e fund</i>	<i>03</i>			ANESTESISTA	
INOVAR				INSTRUMENTO(A)	
KETALAR				OCORRÊNCIAS	
LÂMINA DE BISTURI <i>nº 24</i>	<i>01</i>				
LUVAS <i>paras</i>	<i>03</i>				
MARCAINA PESADA 0,5%					
METTERGIN					
NEOCAÍNA PESADA					
PLASIL					
PROSTIGMINE					
QUELICIN <i>Cefalotina 1g</i>	<i>01</i>				
JEMICETINA					
SINTOCYNON					
SINTONFURIN					
SORO FISIOLÓGICO <i>500ml</i>	<i>03</i>				
NYLON <i>nº 2-0 AG</i>	<i>02</i>				
SOL. DE GLICOSE A 0,5%					
SOL. RINGER. LACTADO					
SONDA VESICAL					
IRACIMIA					
THIONEMBUTAL					
TRANSFUSO					
VÁLIUM 10MG					
VITAMINA K					
LODOCAÍNA <i>2% c.v.c</i>	<i>02 fus</i>				

Impresso: GRÁFICA BRITO (06) 3422-0200



WEEK 52-1172-GRAP (20) 3422-2557 - P1001-FY



- DR. WILTON COUTINHO SILVA -
CRM PI 4483

Av. Cel. Aristides Mendes nº 475 – Serranópolis – Fone: (89) 9910-1515 – Jaicós - PI

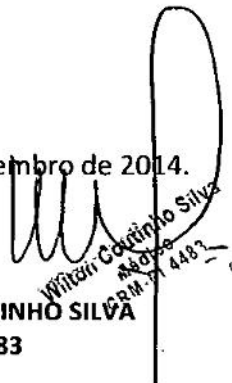


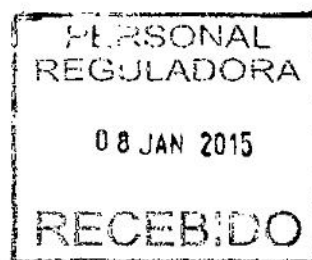
Nome: **FRANKLIN SILVA COELHO**

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente vítima de acidente de moto dia 29/05/2014, conforme boletim de ocorrência, apresentando em decorrência do trauma: fratura de clavícula direita. Submetido à tratamento cirúrgico para osteossíntese da fratura com redução e com interposição de fio intramedular. Ao final do tratamento, o paciente apresenta ao exame físico e clínico: deformidade local, dor e edema residual, limitação funcional ao realizar esforços físicos no membro afetado. O paciente está de alta definitiva.

Jaicós (PI), 12 de Novembro de 2014.


DR. WILTON COUTINHO SILVA
CRM: 4483





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
TÍTULO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



Franklin Silva Coelho
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

3.583.095

DATA DE
EXPIRAÇÃO

18/

/11

NOME

FRANKLIN SILVA COELHO

FILIAÇÃO

FILOMENA JOANA SILVA COELHO
FRANCISCO SILVA COELHO

NATURALIDADE

JAICÓS-PI

DATA DE NASCIMENTO

05/03/1995

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 22000 E 21 F 51V

CPF

EXP JAICÓS-PI 25/04/95

TERESINA-PI

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Numero de Inscrição

055.825.443-80

Nome

FRANKLIN SILVA COELHO

Nascimento

05/03/1995



DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



*100403



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 055.825.443-80

Nome da Pessoa Física: FRANKLIN SILVA COELHO

Situação Cadastral: REGULAR

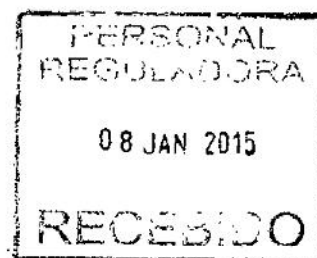
Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 17:06:39 do dia 25/10/2014 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 1CED.184A.16D9.8FB1

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.



VALOR-R\$

NOME DO COMPRADOR

00556
- F T

LWH-3734

9E2JC3010YR065133

PAS/MOTOCICLO

GASOLINA

HONDA/CG 125 TITAN KS

2000 2000

002P/124CC

CATEGORIA
PARTIC

PRATA

- OBSERVAÇÕES

ALIANCAO FIDUCIARIA
BANCO BRADESCO S/A

Alcindo Rodrigues Queirz
Diretor Geral - DETRAN-PI

09/05/2000

B3:

CPF/CGC:

ENDERECO:

LOCAL E DATA

ATENÇÃO:

b) A TRANSFERENCIA DE REGISTRO PODERÁ SER COMUNICADA PELO VENDEDOR, REMETENDO CÓPIA DESTES DOCUMENTOS AO DETRAN, APÓS DEVIDAMENTE PREENCHIDO E FIRMADO.

DE ACORDO

ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO(VENDEDOR)
CONFORME ART. 369 C.P.C.

08 JAN 2015

OUT

1004932





Relatório dos Documentos Recebidos

Vítima: FRANKLIN SILVA COELHO

Nº: 3150020707

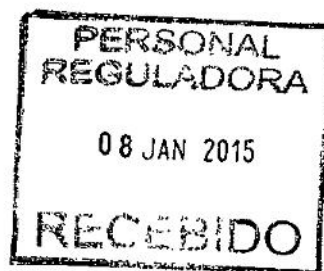
Natureza: Invalidez Parcial

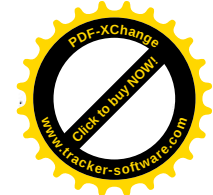
Data do Sinistro: 29/05/2014

Seguradora: 6084 - MBM Seguradora S/A

Documentos Recebidos

- **Boletim de Ocorrência**
- **Ficha de Atendimento Médico/Hospitalar (FAA)**
- **Outros**
DOCUMENTAÇÃO MÉDICA
- **Relatório Médico**
- **Documentos de Identificação**
RG-CPF
- **Dut do veículo**
- **Laudo do IML- Lesões Corporais**
DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML
- **Autorização de Pagamento**
BCO.001-AG.2203-9-C/C.17880-2-COMPROVANTE BANCARIO ANEXO
- **Declaração de Residência**
C/COMPROVANTE
- **Outros**
ENDEREÇO E FONE PARA AGENDAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA
- **Outros**
PROCESSO DIGITALIZADO





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE IML

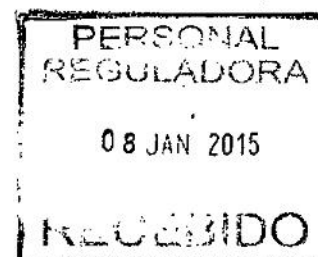
EU, **FRANKLIN SILVA COELHO**, natural de Jaicós-PI, nascido em 05-03-1995, solteiro, estudante, filho de Filomena Joana Silva Coelho e Francisco Silva Coelho, RG 3.583.095-SSP-PI, expedida em 18-03-2011, CPF 055.825.443-80, residente à rua Osmundo Costa, s/n, centro, Massapê do Piauí-PI, CEP.: 64.573-000, **DECLARO, SOB AS PENAS DA LEI, QUE ESTOU IMPOSSIBILITADO DE APRESENTAR O LAUDO DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL, PARA FINS DE REQUERIMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT, (LEI 6.194/74); UMA VEZ QUE:**

(X) NÃO HÁ INSTITUTO MÉDICO LEGAL NO MUNICÍPIO DE MINHA RESIDÊNCIA.

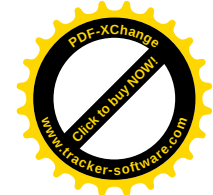
COM O OBJETIVO DE PERMITIR O EXAME DO MEU PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DE SEGURO DPVAT, PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE, CAUSADA DIRETAMENTE POR VEÍCULO AUTOMOTOR DE VIA TERRESTRE, SOLCITO QUE ESTA DECLARAÇÃO PERMITA O PROSSEGUIMENTO À ANÁLISE DE MINHA DOCUMENTAÇÃO SEM APRESENTAÇÃO DO LAUDO DO INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL – IML, CONCORDANDO, DESDE JÁ, EM ME SUBMETER À PERÍCIA MÉDICA ÀS CUSTAS DA SEGURADORA LIDER DPVAT, PARA A CORRETA AVALIAÇÃO DA EXISTÊNCIA E AFERIÇÃO DO GRAU DA LESÃO, OU LESÕES, PARA FINS DO § 1º DO ART. 3º DA LEI 6.194/74.

DECLARO, AINDA; ESTAR CIENTE DE QUE A AUTORIZAÇÃO PARA REGULARIZAÇÃO DESSA PERÍCIA MÉDICA, NÃO SIGNIFICA PRÉVIA CONCORDÂNCIA COM A FUTURA AVALIAÇÃO MÉDICA OU RENÚNCIA AO DIREITO DE IMPUGNÁ-LA, CASO DISCORDE DO SEU CONTEÚDO.

Jaicós-PI, 24 de 10 de 2014.



Franklin Silva Coelho

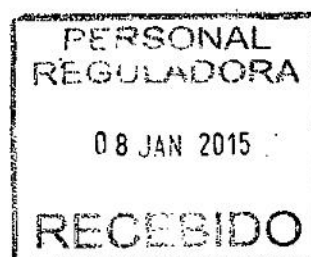


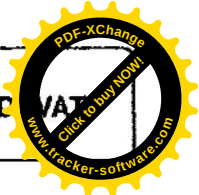
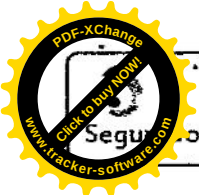
**EM CASO DE AGENDAMENTO DE PERÍCIA, GENTILEZA
AVISAR PARA:**

VÍTIMA: FRANKLIN SILVA COELHO

Endereço: rua Antenor Neiva, 413, bairro Serranópolis,, Jaicós-PI, CEP.:
64.575-000. FONE PARA CONTATO: 0XX (89) 9401-8039 (falar com Rômulo).

Local mais próximo para perícia: cidade de Picos-PI.





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 315 020707

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, FRANKLIN SILVA COELHO

PORTADOR(A) DO RG Nº 3.583.095

EXPEDIDO POR SSP-PJ

EM 18/03/2011 E

CPF 055825443-80 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO estudante

E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANKLIN SILVA COELHO. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



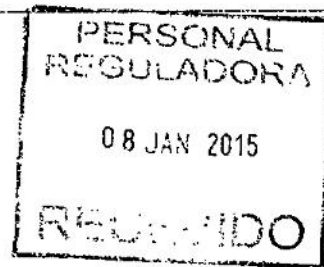
Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.



- ☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS) Bco do Brasil S/A
BANCO 001 • AGÊNCIA 2203-9 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 17-880-2
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Jaraguá - PI

DATA 24/10/2014

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Franklin Silva Coelho

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0371204.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO





Banco Postal

*** Depósito em Conta Corrente ***

Agência : 34302069-AC MASSAPE DO PIAUI
Terminal: 34320801 Id. Trx.: 152155
Nro Aut : 160215 Caixa : 05265580
Data : 02/10/2014 Hora : 16:02
(Horário de Brasília)

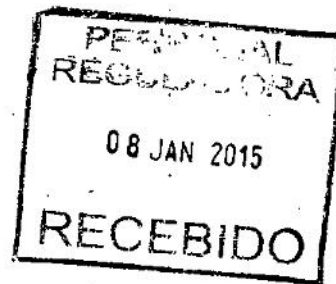
5757803414 BANCO DO BRASIL 0229
SAC BB 0800 729 0722
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CLIENTE: FRANKLIN SILVA COELHO
AGENCIA: 2203-9 CONTA: 17.880-2
=====

DATA	02/10/2014
NR. DOCUMENTO	57.578.034.140.229
VALOR DINHEIRO	20,00
VALOR TOTAL	20,00

=====

NR. AUTENTICACAO C. B3E, 11C, B83, DCE, 0F9





CORRENCIA

1004826



3150020707



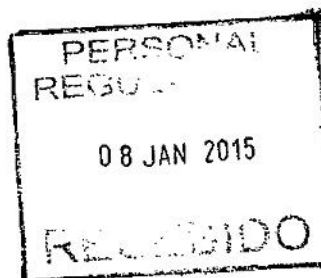
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
12ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE PAULISTANA-PI
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE JAICÓS-PI
Av. Cel. Aristides Mendes, 536, bairro Serranópolis, Jaicós-PI, fone 031 89 3457 1115.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Certifico que, consultando os arquivos desta delegacia de polícia civil, fora encontrado na Pasta de registro de Ocorrências Policiais, a ocorrência s/n/2014, contendo o seguinte teor:

"Aos vinte e quatro dias do mês de outubro do ano de dois mil e catorze, nesta cidade de Jaicós-PI, na delegacia de polícia civil, onde presente se encontrava o **Bel. Antonio Nilton Alves de Moura, delegado titular**, aí chegou ao conhecimento de uma ocorrência de acidente de trânsito, fato ocorrido por volta das 6:00h do dia 29-05-2014, próximo ao matadouro público de Jaicós-PI, zona urbana, onde foi vítima, **FRANKLIN SILVA COELHO**, natural de Jaicós-PI, nascido em 05-03-1995, solteiro, estudante, filho de Filomena Joana Silva Coelho e Francisco Silva Coelho, RG 3.583.095-SSP-PI, expedida em 18-03-2011, CPF 055.825.443-80, residente à rua Osmundo Costa, s/n, centro, Massapê do Piauí-PI, CEP.: 64.573-000, **Que na oportunidade do acidente a vítima pilotava a moto, Honda/CG 125/TITAN, ANO 2000, DE COR PRATA, PLACA LWH-3734, CHASSI 9C2JC3010YR065133, RENAVAL 734713142, em nome de EMÍLIO WILLIAM PEREIRA DA SILVA, CPF 592.066.753-20, Que na oportunidade do acidente a vítima pilotava sua moto no bairro Matadouro, nesta cidade, quando, ao passar sobre uma lombada no leito da via; perdeu o controle da moto e caiu, sofrendo lesões corporais. Era o que havia a certificar. O referido é verdade e dou fé.**

Resp. pelo registro: **Bel. Rômulo Carvalho de Souza**
Agente de Polícia Civil
Mat. 086730-6





CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML



*10

29*



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
12ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE PAULISTANA-PI
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE JAICÓS-PI
Av. Cel. Aristides Mendes, 536, bairro Serranópolis, Jaicós-PI, fone 031 89 3457
1115.

DECLARAÇÃO

*DECLARO, para os devidos fins que, nesta cidade e comarca; e micro região não existe **INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL (IML)** sendo que somente em Teresina-PI, há 350 km desta cidade é que existe tal instituto; ao lado da Academia de Polícia Civil de do Piauí, no bairro Sacy. Era o que havia a certificar. O referido é verdade e dou fé.*

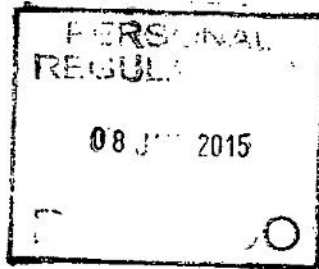
Delegacia de Polícia Civil de Jaicós-PI, 24/10 de 2014.

Visto da autoridade policial:





COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATORIO



À

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvat

Rio de Janeiro - RJ

Ref.: Sinistros 3150020707

Prezados Senhores,

Cumpre informar que a cidade de Jaicós-PI, não conta com recursos humanos, materiais e técnicos para cumprir a determinação expressa na Carta Suptec 05/2014, a qual exige a apresentação de prova de ocorrência policial efetuado na época do acidente, na ocasião em que os acidentes de trânsito são comunicados pelo departamento policial por intermédio de Boletim de Ocorrência Declaratório Circunstanciado, porquanto que, o município em questão não conta com atendimento dos órgãos reclamados, quais sejam:

- 1 - Anjo do Asfalto
- 2 - Corpo de Bombeiros
- 3 - Samu
- 4 - Atendimento ou Remoção por Polícia Rodoviária
- 5 - Comunicado às Companhias de Seguros



6 - Remoção pela Defesa Civil

E, em razão da precariedade administrativa da região Norte/Nordeste, a polícia administrativa judiciária, composta das delegacias distritais e seccionais municipais e estaduais, não tem suporte humano, material e técnico para transformar os acidentes de trânsito sem vítimas fatais em inquéritos policiais, posto que, o JECRIM - Juizado Especial Criminal, não está devidamente instalado e atuante na localidade, é o Detran de cada cidade quem comanda as operações relacionadas ao trânsito e não a Polícia.

E, uma vez que a precariedade administrativa se faz presente, requer-se o afastamento, neste caso em concreto, das exigências impostas pela Carta Suptec 005/2014, posto que, da redação da Lei n 6.194/74, em seu artigo 5º. Abaixo transcrito:

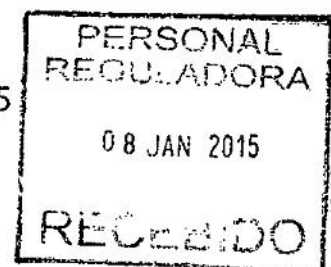
Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

Na expectativa de se ver superado o obstáculo imposto, e para que os beneficiários tenham seus direitos preservados,

Aguardo deferimento.

São José do Rio Preto, 08 de Janeiro de 2015

Dr. Reynaldo Cruz Barochelo
OAB/SP 324.982



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150020707

Cidade: Jaicós

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FRANKLIN SILVA COELHO

Data do acidente: 29/05/2014

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/01/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Fratura da clavícula direita

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: O exame deverá apurar a existência de dano permanente indenizável

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150020707

Cidade: Jaicós

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FRANKLIN SILVA COELHO

Data do acidente: 29/05/2014

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: fratura de clavícula direita

Descrição do exame médico pericial: Sem sequela permanente

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico, alta definitiva em 30 de junho de 2014, sem sequelas

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 28/01/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: WINDENBERG MONTEIRO

CRM do médico: 1937

UF do CRM do médico: PI

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

