

Controle de docum x Sistema SAJ - C x Consulta processo: x PJ 0000434-15.2015.8 x PJ 0800666-52.2020.8 x PJ 0800534-92.2020.8 x (26) WhatsApp x +

Não seguro | tjpj.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=320296&ca=88232c97c64cd22f2fe07ea... ☆

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

**PJE** ProceComCiv 0000434-15.2015.8.18.0057  
FRANKLIN SILVA COELHO X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO ...

11626035 - CONTESTAÇÃO (2747458 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 31/08/2020 11:25:29

31 Aug 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
  - 11626026 - CONTESTAÇÃO
    - 11626035 - CONTESTAÇÃO (2747458 CONTESTACAO 01)
    - 11626042 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
    - 11626244 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
    - 11626249 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
    - 11626251 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

11:25

downloadBinario.seam 1 / 10

2747458- CS/ 2020-09233/ INVALIDEZ

**JOÃO BARBOSA**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE PICOS/PI

Processo: 00004341520158180057

PT 11:25 31/08/2020



Número: **0000434-15.2015.8.18.0057**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Jaicós**

Última distribuição : **19/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Pagamento**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANKLIN SILVA COELHO (AUTOR)		TIBERIO FARIAS DE OLIVEIRA BISPO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11626 042	31/08/2020 11:25	<a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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](http://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](http://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

Pag. 01331/01332 - carta\_01





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](http://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**

Pag. 01607/01608 - carta\_02



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas 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 suscetível 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):

Região Corporal (Sequela):

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

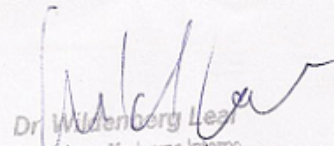
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

- 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. Wilzenberg Leal  
Cardiologia Medicina Interna  
CRM1937





COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

T004040



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANKLIN SILVA COELHO,RG nº 3.583.095, data de expedição 18/03/2011, Órgão SCP-PI,CPF nº 055.825.443-80, venho perante a este instrumento declarar que não possuo 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 Os mundo Costa</u>	PERSONAL REGULADORA 08 JAN 2015
Número	<u>5/nº</u>	
Apto / Complemento		RECEBIDO
Bairro	<u>Centro</u>	
Cidade/município	<u>Marapão 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: Tricôes-PI, 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 | Insc. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - S/N: 0-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Para consulta com a  
Eletrobras, informe  
o N° da Nota Fiscal

1077929-9

N° da Nota Fiscal: 000440290  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS VENCIMENTO 160 55,69  
AGOSTO/2014 21/08/2014

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

DADOS DA CONTA		DATAS DA LEITURA	
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
Código de Irregularidade:	FCM		

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA  
Classe/Subclasse: Ligeira Número Medidor: Poste: Código Fat.: Média 12 meses: 154

RESID. B.X. RENDA MONO A977073 1.4.1.1 154

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
JUL/14	169	CONSUMO	30 A R\$ 0,147569 = 4,42
JUN/14	165		70 A R\$ 0,252970 = 17,70
MAY/14	183		60 A R\$ 0,379462 = 22,76
ABR/14	137		
MAR/14	126	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	5,10
FEV/14	158	DIFERENÇA DE TARIFA	23,77
JAN/14	173	SUBVENCAO BAIXA RENDA	18,06
DEZ/13	151		
NOV/13	152		
OUT/13	158		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 50	0,112000		
51 A 100	0,152000		
101 A 160	0,288000		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

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

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 29/08/2014, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá anular também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existirem contas vencidas(s) e já reavaliadas(s) 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 R8A3 1162 F009 F000 D525 0207 RE16		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - 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

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 31/08/2020 11:25:28

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008311125272580000011009383

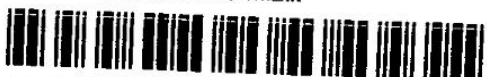
Número do documento: 2008311125272580000011009383





Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE	
Identificação do Estabelecimento de Saúde		2			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ			
Identificação do Paciente		PERSONAL		JÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE		FRANKLIN SILVA COELHO		302301	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		700006371299500		9 - SEXO	
10 - NOME DA MÃE		FILOMENA JOANA SILVA COELHO		Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 11 Fem. <input type="checkbox"/> 2	
12 - ENDEREÇO		OSMUNDO COSTA, 0 - CENTRO		11 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		MASSAPE DO PIAUI		(89) 9405-6886	
		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF	
		2206050		PI	
				16 - CEP	
				64573-000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Trauma com quebra do fêmur no antebraço (D) por acidente de moto					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO					
→ Fratura de fêmur D1					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL					
Fratura do fêmur D 5420					
21 - CID PRINCIPAL					
22 - CID SECUNDÁRIO					
23 - CAUSAS ASSOC.					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
Ortopedia					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
0408010150					
26 - CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO					
29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO					
32 - ASSOC. CARIMBO (Nº DO CRM)					
33 - ASSOC. CARIMBO (Nº DO CRM)					
34 - ASSOC. CARIMBO (Nº DO CRM)					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
35 - CNPJ DA SEGURADORA					
36 - CNPJ EMPRESA					
37 - Nº DO BILHETE					
38 - SÉRIE					
39 - CNPJ EMPRESA					
40 - CNAE EMPRESA					
41 - CBOR					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - COD. ORGÃO EMISSOR					
45 - CODUMENTO					
46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO PROFISSIONAL)					
49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.					
Assinatura paciente/Responsável					
Franklin Silva Coelho					

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR





**HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ**

ANTENOR NEIVA,  
BOMBA, PICOS/PI - 64601-391  
CNPJ: 06.553.564/0102-81  
(89) 3422-1314 - (89) 3422-1314

**Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)**

Atendimento: P0134545  
Data: 29/05/2014  
Funcionario: MARIA

Registro: 3023  
Hora: 08:44  
Tipo: CONSULTA  
Sexo: MASCULINO

Senha **53**

**SUS**

**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 ATENCAO ESPECIALIZADA (I 223505  
29/05/2014 8:53 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

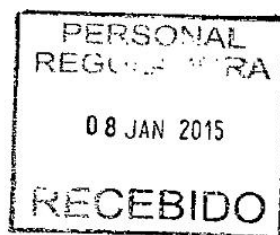
☐ Sem ☐ Vermelho - Emergência ☐ Amarelo - Urgente ☒ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

**Queixa principal:** DOR MEMBRO SUPERIOR

**Exame clinico/fisico:**

**Diagnostico provavel:**

**Medicação:**



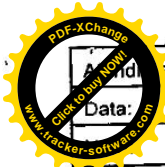
**Procedimentos/exames realizados:**

**Ass. Técnico**


Responsavel: FRANKLIN SILVA COELHO

1 - HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ

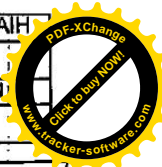




Interno	1015753
Data:	29/05/2014
	13:14

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ  
ANTENOR NEIVA, 184  
PICOS/PI

Nº AIH
ADSON



## 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, Nº 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

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Removido

Pedido

Evasão

Indisciplina

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

-48 Horas

+48 Horas

Obito

Transferido

### História Clínica

	RECEBIDO
	08 JAN 2015
	RECEBIDO
Diagnóstico Provável	

RUBEM PINHEIRO DO NASCIMENTO

com 2113  
a 2113  
com 2113





## "TERMO DE RESPONSABILIDADE, FIANÇA E AUTORIZAÇÃO"

Paciente  
**FRANKLIN SILVA COELHO**



Eu, abaixo qualificado,

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

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**

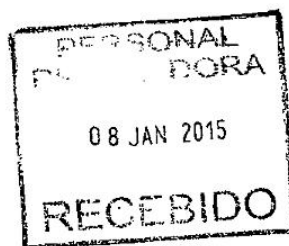
Declaro que, em caso de optar por acomodação de nível superior ao estipulado pelo convênio, assumo a diferença de acomodação e de honorários médicos conforme tabela AMB.

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. Concorro 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  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ - SESAPI  
HOSPITAL REGIONAL "JUSTINO LUZ"  
PICOS - PIAUÍ



LAUDO CIRÚRGICO

Paciente	Franklin Silva Coelho
Médico	Dr. R. Pinheiro Ortopedia e Traumatologia CRM-259-PI-15501-1 TEOT - 11336
1º Assistente	
2º Assistente	Fúria de Oliveira (estagiária)
Anestesista	
Diagnóstico pós-operatório	Fúria de Oliveira
Procedimento de Cirurgia	estagiária
Diagnóstico pós-operatório	

PERSONAL  
08 JAN 2015  
RECEBIDO

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

1 - Lavagem com solução fisiológica
2 - Anestesia + Antitrombotico
3 - Abertura de L.D.
4 - Lavagem profunda da articulação
5 - Alargamento do foro da patela
6 - Redução da fratura
7 - Sutura da cápsula articular
8 - Sutura por pontos e drenagem

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

Dr. Rubem Pinheiro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-259-PI-15501-1  
TEOT - 11336


GRÁFICA BRITO (85) 3422-0020





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

SERVICO RADIOLÓGICO

NOME. FRANKLIN SILVA COELHO 11/07/2014

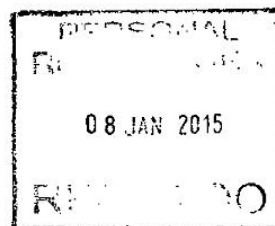
EXAME : CLAVICULA DIREITA

MEDICO . RUBEM

COMPETENCIA : JULHO 2014

LAUDO

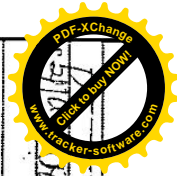
- FRACTURA NA CLAVICULA DIREITA CONTIDA POR HASTE METALICA.



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

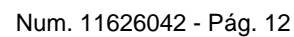






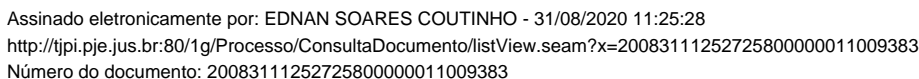
**PICOS - PL.**

**PICOS - PL.**





## 9

[illegible]





SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		NOME				
<b>SUS</b>		Franklin Silva Coelho				
Data: 29/05/14	P. Material	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
Exame de Sangue	Gr. Sanguíneo	Hemalimetria	Hemoglobina	Hemacócito	Glicemia	Dos. Uréia
Exames de Urina						
Digestivo						
Respiração		Asma			Bronquite	
Sistema Respiratório		Sistema Urinário		Cardíacas		
Sistema Digestivo		Alarádicos		Outros		
Ritmo		Ritmo		Efeitos		
Diagnóstico		Tratamento		Efeitos		
Procedimento		Tratamento		Efeitos		
Exatidão (Doses)		Total e Doses				
Agente Anestésicos	Oxigênio 1 2 3	16:00 17:00				Adrenais MC 10mg Pentil 50mg midazol 15mg Surgência
Líquidos	Soluto 500 400 Sangue 300 200 outros 100	50 55				esta 30g
Temperatura	26 24 22 20 18 16 14 12 10	16:00 17:00				esta 30g
Símbolos	55 55	16:00 17:00				Duração
Técnicas: Bloqueio de plexo braquial via intercostais		Incidente - Acidente				
Operações: Rubi Rêl						
Cirurgias: Otorrinolaringologia de clareira D.						
Anestésias: Wanda Bittler						
Particularidade:		Condições pós-oper imediatas				

TECNOLOGIA DE SAÚDE





**- DR. WILTON COUTINHO SILVA -**  
**CRM PI 4483**

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




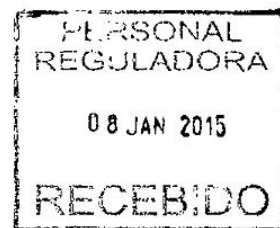
Nome: **FRANKLIN SILVA COELHO**

**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**



PDF-XChange  
Click to buy NOW!  
www.tracker-software.com

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Franklin Silva Coelho  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PDF-XChange  
Click to buy NOW!  
www.tracker-software.com

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  
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

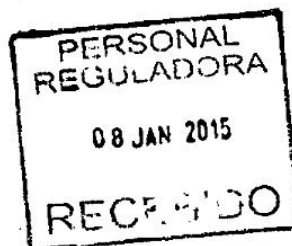
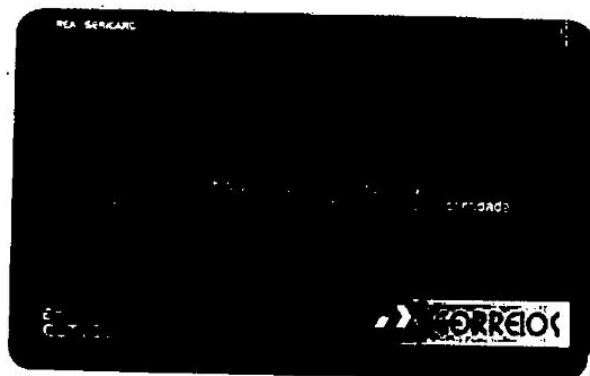
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

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

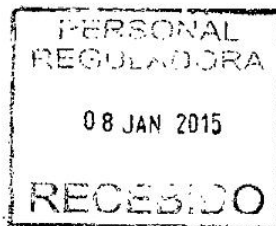
Dígito Verificador: 00

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](http://www.receita.fazenda.gov.br).

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



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**

012000014094 Nº 4180452331

**CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO**

COD. R. TAV. 1 734713142

EMILIO WILLIAM PEREIRA DA SILVA

R. LUIS NUNES  
SAO JOSE 00556  
PI

59206675320 LWH-3734

9D2JC3010YR065133

PAS/MOTOCICLO

HONDA/CG 125 TITAN KS

002P/124CC

CATEGORIA PARTIC

COEF. DOMINANTE PRATA

ALIANÇA FIDUCIARIA  
BANCO BRADESCO S/A

Alcindo Rodrigues Queiroz  
Diretor Geral - DETRAN-PI

09/05/2000

**AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE V**  
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRANS  
TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:

VALOR-R\$

NOME DO COMPRADOR

RG

CPF/CGC

ENDEREÇO

LOCAL E DATA

*Emilio William Pereira da Silva*

ATENÇÃO:

- a) O VENDEDOR SE ISENTA DE QUALQUER RESPONSABILIDADE ADMINISTRATIVA, CIVIL OU CRIMINAL A PARTIR DA DATA ACIMA, CABENDO AO COMPRADOR A IMEDIATA TRANSFERENCIA I REGISTRO DO VEICULO PARA O SEU NOME.  
b) A TRANSFERENCIA DE REGISTRO PODERA SER COMUNICADA PELO VENEDOR, REMETENDO COPIA DESTE DOCUMENTO AO DETRAN, APOS DEVIDAMENTE PREENCHIDO E FIRMADO.

DE ACORDO

ASSINATURA DO COMPRADOR

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

08 JAN 2010

DUT

\*1004832\*





Personal



Reguladora de Sinistros DPVAT



## Relatório dos Documentos Recebidos

Vítima: FRANKLIN SILVA COELHO

Nº: 3150020707

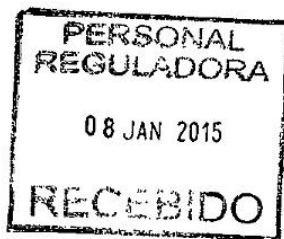
Natureza: Invalidez Parcial

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 MEDICA
- **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 Residencia**  
C/COMPROVANTE
- **Outros**  
ENDEREÇO E FONE PARA AGENDAMENTO DE PERICIA MEDICA
- **Outros**  
PROCESSO DIGITALIZADO



08/01/2015 09:40





## **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 SUBMETTER 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





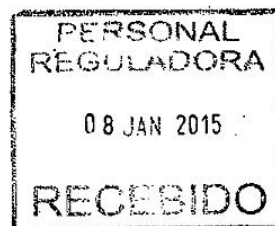


**EM CASO DE AGENDAMENTO DE PERÍCIA, GENTILEZA  
AVISAR PARA:**

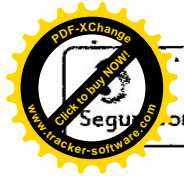
**VÍTIMA:** FRANKLIN SILVA COELHO

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-PI EM 18/03/2011 E

CPF 055825443-80 / CNPJ 000000000000000000, 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.

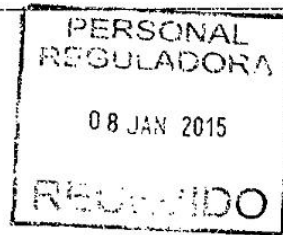
Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

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](http://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 Jaricos-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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0721204.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO





Banco Postal

\*\*\* Depósito em Conta Corrente \*\*\*

Agência : 34302089-AC MASSAPE DO PIAUI  
Terminal: 34320801 Id.Trx.: 152155  
Nro Aut : 160215 Caixa : 65285560  
Data : 02/10/2014 Hora : 16:02  
(Horário de Brasília)

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

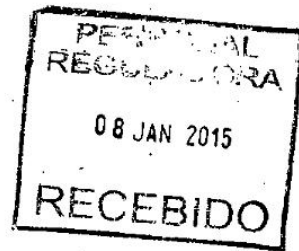
CLIENTE: FRANKLIN SILVA COELHO  
AGENCIA: 2203-9 CONTA: 17.880-2  
=====

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

=====

NR. AUTENTICAÇÃO C.83E.11C.883.DCE.0F9

\*\*\*







CORRENCIA

\*1004026\*



3150020707



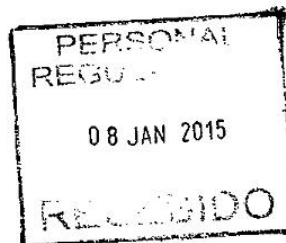
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL  
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR  
12ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE PAULISTANA-PI  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE JAICÓS-PI  
Av. Cel. Aristides Mendes, 536, bairro Serranópolis, Jaicós-PI, fone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



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.

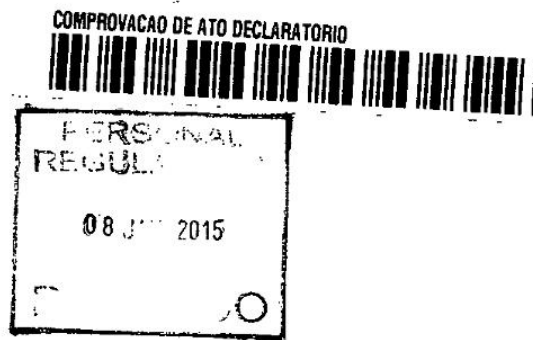
## DECLARAÇÃO

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:





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:

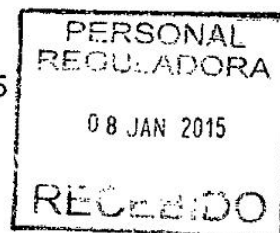
Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

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:**

