



Número: **0800213-78.2019.8.18.0050**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Esperantina (Cível)**

Última distribuição : **22/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA (AUTOR)		FRANCISCO DOMINGOS SILVA SANTOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
43621 49	22/02/2019 10:53	Petição Inicial	Petição Inicial
43621 58	22/02/2019 10:53	DOCUMENTOS PESSOAIS	Documentos
43621 59	22/02/2019 10:53	declaração de hipossuficiencia	Documentos
43621 63	22/02/2019 10:53	COMPROVANTE DE ENDEREÇO	Comprovante
43621 64	22/02/2019 10:53	BO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
43621 66	22/02/2019 10:53	ATESTADOS MEDICOS	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
43621 69	22/02/2019 10:53	PRONTUARIO MEDICO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
43621 70	22/02/2019 10:53	radiografia do joelho	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
43621 71	22/02/2019 10:53	raio X digital	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
43621 76	22/02/2019 10:53	DECLARAÇÃO PROPRIETARIO DA MOTO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
43621 87	22/02/2019 10:53	DOCUMENTO DA MOTO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
43621 90	22/02/2019 10:53	CONTA BANCO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
43621 92	22/02/2019 10:53	PEDIDO DE SEGURO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
43622 94	22/02/2019 10:53	procuração	PROCURAÇÕES OU SUBSTABELEÇIMENTOS

petição em anexo



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.821.077 DATA DE EMISSÃO 04/07/18

NOME MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA

FILIAÇÃO MARIA ZULEIDE DA SILVA
JOÃO FRANCISCO DE PAIVA

NATURALIDADE ESPERANTINA-PI DATA DE NASCIMENTO 03/09/1969

DOC. ORIGIN CERT.NASC. 2853 L 03A F 279V
EXP ESPERANTINA-PI 13/08/96
924.914.643-49
1279869

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

[Fotografia e impressão digital]

Maria dos Santos Silva Paiva
1279869

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ACIDENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 DEZ 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA DE RENDA

MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA, brasileira, solteira, Trabalhadora Rural, portadora do RG nº: 1.821.077-SSP/PI e do CPF nº: 924.914.643-49, residente e domiciliada na Rua Joao Costa, nº 100, centro, Morro do Chapéu do Piauí-PI, CEP: 64178-000, **DECLARA, com fins de pleitear os BENEFÍCIOS DA GRATUIDADE DA JUSTIÇA**, previsto no inciso LXXIV, do art. 5º da Constituição Federal, c/c parágrafo único, do artigo 4º da lei nº. 1060/50, que é juridicamente pobre, eis que não possui condições financeiras para arcar com as despesas da justiça, especialmente das custas processuais, sem prejuízo de seu próprio sustento e de sua família; ciente de que pela falsa declaração de pobreza o declarante responde civil, penal e administrativamente, de conformidade com a legislação vigente.

Teresina, 22 de fevereiro de 2019.

Maria dos Santos Silva Paiva
Declarante



Elektrobras
Distribuição Piauí

Para cancelar com a
Elektrobras, informe
esta senha: 0818285-0

0818285-0

COMPANHIA ENERGETICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 1700 - Cx. 2000 - Teresina - PI
CNPJ 06.540.749/0001-07 - Ins. Estadual 15.501.000-4
Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica - 1º Bimestre
Negativo emitido em conformidade com a Lei nº 9.092/96

011578319

A Tarifa Social de Energia Elétrica - 1º Bimestre
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

SETEMBRO/2018

02/10/2018

51

29,48

MARIA DOS SANTOS S. PAIVA
R. JOAO COSTA 100 S/C B-URBANO
CPF: 00092491464349
CEP: 64.178-000 - MORRO DO CHAPEU DO PIAUÍ

139.006.17.04.055650

DADOS DA LEITURA	6224				25/09/2018
Aterro	6173				23/08/2018
Antes de					26/10/2018
Consumo Medido:	51				24/09/2018
Consumo Estimado:	51	FCAM			25/09/2018
Consumo Estimado:	MEDIA 12M				33

RESID. BY RENDA MONO A0783105 1.4.1.1 51

AGO/18	51	CONSUMO	30 A R\$ 0,286372 =	8,59
JUL/18	56		21 A R\$ 0,430937 =	10,30
JUN/18	65	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		2,74
MAY/18	55	DIFERENCA DE TARIFA		23,60
ABR/18	48	SUBVENCAO BAIXA RENDA		17,12
MAR/18	45	CORRECAO MONETARIA IG 07/18-00		0,53
FEV/18	47	MULTA POR ATRASO 07/18-00		0,56
JAN/18	46	JUROS DE MORA DE IMPO 07/18-00		0,28
DEZ/17	52	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	1,13	
NOV/17	50			

TARIFA SEM TRIBUTOS:
B H 30 - 0,207620
B H 51 - 0,355630

Mes./Ano Vals. R\$
08/2018 30,66

FATURADO PELA MEDIA C/ IMPEDIMENTO DE LEITURA (Art 87), SUJEITO A
SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO (Art 171) - RES 414/10 ANEEL
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

167E.75FB.A2E9.0479.1EDB 736A.D067.7640

RESERVADO AO FISCO	8,81				42,49
Consumo	10,72				22,00%
Energia:	2,63				9,34
Transmissão:	2,66				0,41
Energia:	11,67				1,92
Tributos:					

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
07 DEZ 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coarite de Resende 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.102-470
Teresina-PI

6,87 13,74 27,48 3,68 7,35 14,70 3,97
0,00 0,00 0,00

ESPERANTINA

07/2018

7,32





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



500 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 198738.000116/2018-00

Unidade de Registro: 13ª DRPC - ESPERANTINA

Resp. pelo Registro: Sebastião Santos Gonçalves

Data/Hora: 06/12/2018 - 09:21

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE MORRO DO CHAPÉU DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

MORRO DO CHAPÉU DO PIAUÍ

Endereço

RODOVIA PI 214 - NOVA VIDA, Nº:

Complemento

Data/Hora

02/11/2016 - 05:00

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA

Mãe: MARIA ZULEIDE DA SILVA

Pai: JOÃO FRANCISCO DE PAIVA

Endereço: RUA JOÃO COSTA, Nº 100

Complemento: CENTRO

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: MORRO DO CHAPÉU DO PIAUÍ

Telefone(s): 86-8137-7933

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - HONDA	CG 125 FAN KS	2012	OCL6988	9C2JC4110CR430828	396932088	Preta

Condutor: MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA

End: RUA JOÃO COSTA Número: 100 Complemento: CENTRO

Cidade: MORRO DO CHAPÉU DO PIAUÍ UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: JOSÉ EDIMILSON CARVALHO PIRES FILHO

End: RUA VER. FRANCISCO L. CASTRO Número: 158

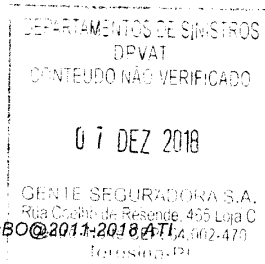
Cidade: ESPERANTINA UF: PI Bairro: CENTRO

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATOU a vítima que se envolveu num acidente de trânsito na rodovia quando pilotava o veículo citado e atingiu um suíno, caiu e sofreu um ferimento extenso no joelho esquerdo e outras escoriações leves pelo corpo; Afirma a vítima que estava acompanhada da carona Marilucia Araujo Sousa, a qual não sofreu ferimentos; Cita a vítima que foi amparada por seu irmão Domingos Chaves e foi conduzida para o Hospital Estadual Dr. Julio Hartman de Esperantina onde recebeu atendimento clínico.

Sebastião Santos Gonçalves - Mat. 0385042
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA - Noticiante
Responsável pela Informação



Boletim de Ocorrência emitido em: 06/12/2018 08:21 - SisBO@2018-2018-ATI

Página 1/2



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO DOMINGOS SILVA SANTOS - 22/02/2019 10:51:49
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19022210514934700000004197436
Número do documento: 19022210514934700000004197436

Num. 4362164 - Pág. 1



RECEITUÁRIO

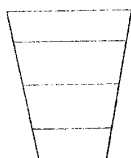
Nome:

COLHER

Café	2,0ml
Chá	5,0ml
Sobremesa	7,5ml
Sopa	10ml

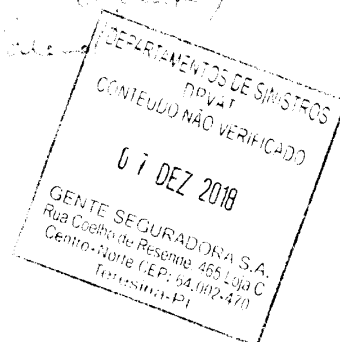
HORÁRIO

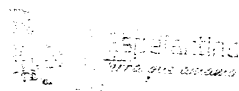
12/12h 7-19h
8/8h 6-14-22h
6/6 6-12-18-24h



DATA

Médico - CRM





Carimbo Município Solicitante

Ficha de Marcação Consultas / Exames

Procedimento(s) (em caso de exames solicitar no máximo 3)

Exame de urina

Este procedimento é pago pelo SUS. É proibida a cobrança de taxas.

Nº do Cartão SUS

Nome do Paciente (Preencher sem abreviar)

Francisco Domingos Silva Santos

Nascimento

08/09/1979

Idade

40

Sexo

M

Documento do Paciente (Tipo, número)

Nome da Mãe

Adriana Maria da Silva

Endereço (logradouro, número)

Rua Manoel de Medeiros, 123

Bairro

Centro

Complemento

CEP

63010-000

Município

Teresina - PI

UF

PI

Fone

Dados Clínicos

1500 mg de insulina

Data da Solicitação

08/09/2019

Carimbo Assinat. Médico Solicitante

Dr. Raimundo Fontine
Médico
CRM: 2032

Protocolo CERAS:

Agendamento - Atuação Via Central

Local de Atendimento

Nome do Profissional

Endereço

Data e Hora de Comparcimento

Carimbo Assinat. do Resp. pelo agendamento

Número do Agendamento:

Caso Resciso

Compareça ao local de atendimento 30 (trinta) minutos antes da hora marcada. Se não comparecer, o paciente não assine quaisquer documentos se for atendido(a).

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 DEZ 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.062-470
Teresina - PI





ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ESPERANTINA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Carvalho e Silva, 279 - Centro - CEP: 64.180-000 - CNPJ: 04.266.498/0001-90



RECEITUÁRIO

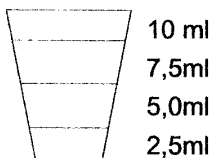
Nome: U.S. Santos Silva

COLHER

Café 2,0ml
Chá 5,0ml
Sobremesa 7,5ml
Sopa 10ml

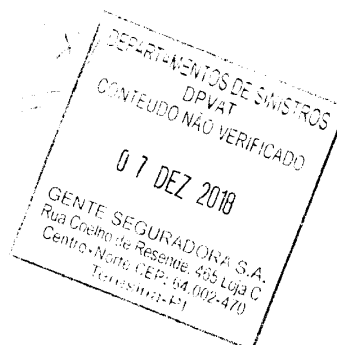
HORÁRIO

12/12h 7-19h
8/8h 6-14-22h
6/6 6-12-18-24h



DATA 07/11/18

Médico - CRM





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL ESTADUAL DR. JÚLIO HARTMAN
ESPERANTINA - PI.



RECEITUÁRIO

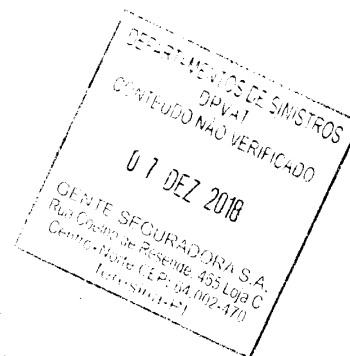
Paciente:

Francisco Domingos Silva Santos

7/10/80

Francisco Domingos Silva Santos

Col. 10/10/80



Dr. Raimundo
Médico
CRM: 2032

Em: / /

Médico





MAL. DEODORO,
CENTRO, ESPERANTINA/PI - 64180-000
CNPJ: 06553564000308
(86) 3383-1193 - ()

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: P038271
Data: 02/11/2016
Funcionario: MACIELE

Registro: 23437
Hora: 05:54:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: FEMININO

Senha 7

SUS

MARIA SANTOS SILVA PAIVA

Nasc.: 03/09/1969 Idade: 47 ANOS, 2 MESES, 29 DIAS Profissão:
End.: RUA JOAO COSTA, 100 - Bairro:
Cor: PARDA Telefone: () Mãe: MARIA ZULEIDE DA SILVA

CPF: - RG: 1821077 - SUS: 20925030460009

Civil:

CEP: 641780

Cidade: MORRO DO CHAPEU DO PIAUI/PI

Pai:

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 2 - MEDICO DE PLANTAO

Responsavel: MARIA SANTOS SILVA PAIVA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

02/11/2016 5:54 0301060096 ATENDIMENTO MEDICO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

☒ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal:

ACIDENTE COM COLISÃO EM AUTO ESTRADA

Exame clínico/físico:

FERIMENTO EXTENSO NO JOELHO (E)

Diagnostico provavel:

SUTURA APÓS LAVAGEM LOCAL

Medicação:

7 200mg ANESTESIA

TRATAMENTO DE DERMATOLOGIA/INTENSIVAMENTE

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

06.553.564/0003-003

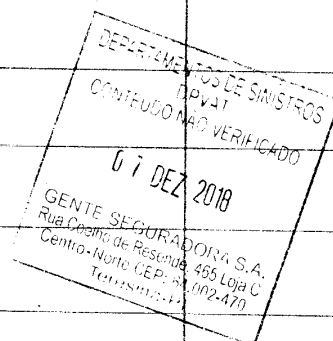
HOSPITAL ESTADUAL DR.

JÚLIO HARTMAN

Rua Marechal Deodoro, 341

Centro CEP: 64.180-000

Esperantina - PI



Maria Santos Silva Paiva

Responsavel: MARIA SANTOS SILVA PAIVA

Dr. Raimundo Fontenele
Médico
CRM-2032

2 - MEDICO DE PLANTAO



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL ESTADUAL JULIO HARTMAN
2 - CNES
2323583
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL ESTADUAL JULIO HARTMAN
4 - CNES
2323583

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA
6 - Nº DO PRONTUÁRIO
21156
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
209245030460009
8 - DATA DE NASCIMENTO
03/09/1969
9 - SEXO
Masc ☐ 1 Fem ☒ 2
10 - NOME DA MÃE
MARIA ZULEIDE DA SILVA
11 - TELEFONE DE CONTATO
() -
12 - ENDEREÇO
RUA JOAO COSTA, 100 - CENTRO
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
MORRO DO CHAPEU DO PIAUI
14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
2206670
15 - UF
PI
16 - CEP
64178-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

06.553.564/0003-081

HOSPITAL ESTADUAL DR.

JULIO HARTMAN

Rua Marechal Deodoro, 341

Centro CEP: 64.160-000

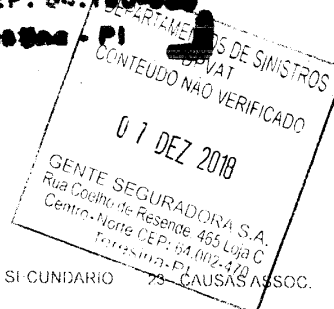
Exporatona - PI

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID PRINCIPAL 22 - CID SECUNDÁRIO



PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA
CLINICA MEDICA
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA
28 - DOCUMENTO
() CNS (x) CIP
29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
MEDICO DE PLANTAO
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
02/11/2016
32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO
35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO
36 - CNPJ DA SEGURADORA
37 - Nº DO BILHETE
38 - SÉRIE
39 - CNPJ EMPRESA
40 - CNAL EMPRESA
41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

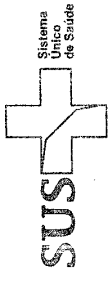
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
44 - Cód. ORGÃO EMISSOR
M230350101
45 - DOCUMENTO
() CNS (x) CIP
46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP.





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL ESTADUAL DR. JÚLIO MARTIAN
FONE: (86) 3383-1193 - ESPERANTINA - PI.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

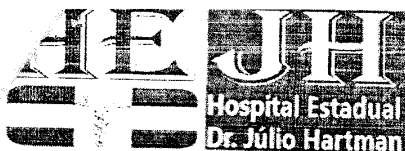


NOME DO PACIENTE	ENFERMARIA	LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO
Francisco Domingos Silva Santos	5	4	

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ANOTAÇÕES
1/1			
10/1			
11/1	Dor no braço		
17/1			
1/1	200,0g - 100,0g		
1/1	19/10/19		
1/1	20/10/19		
1/1	21/10/19		
1/1	22/10/19		
1/1	23/10/19		
1/1	24/10/19		
1/1	25/10/19		
1/1	26/10/19		
1/1	27/10/19		
1/1	28/10/19		
1/1	29/10/19		
1/1	30/10/19		
1/1	31/10/19		
1/1	1/11/19		
1/1	2/11/19		
1/1	3/11/19		
1/1	4/11/19		
1/1	5/11/19		
1/1	6/11/19		
1/1	7/11/19		
1/1	8/11/19		
1/1	9/11/19		
1/1	10/11/19		
1/1	11/11/19		
1/1	12/11/19		
1/1	13/11/19		
1/1	14/11/19		
1/1	15/11/19		
1/1	16/11/19		
1/1	17/11/19		
1/1	18/11/19		
1/1	19/11/19		
1/1	20/11/19		
1/1	21/11/19		
1/1	22/11/19		
1/1	23/11/19		
1/1	24/11/19		
1/1	25/11/19		
1/1	26/11/19		
1/1	27/11/19		
1/1	28/11/19		
1/1	29/11/19		
1/1	30/11/19		
1/1	1/12/19		
1/1	2/12/19		
1/1	3/12/19		
1/1	4/12/19		
1/1	5/12/19		
1/1	6/12/19		
1/1	7/12/19		
1/1	8/12/19		
1/1	9/12/19		
1/1	10/12/19		
1/1	11/12/19		
1/1	12/12/19		
1/1	13/12/19		
1/1	14/12/19		
1/1	15/12/19		
1/1	16/12/19		
1/1	17/12/19		
1/1	18/12/19		
1/1	19/12/19		
1/1	20/12/19		
1/1	21/12/19		
1/1	22/12/19		
1/1	23/12/19		
1/1	24/12/19		
1/1	25/12/19		
1/1	26/12/19		
1/1	27/12/19		
1/1	28/12/19		
1/1	29/12/19		
1/1	30/12/19		
1/1	31/12/19		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 DEZ 2018
GENTE SEGURO S.A.
Rua Celso de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

EVOLUÇÃO				
HORA	TAX	P	R	P/A
10:00	35,00	14	05	100,00
18:00	31,25	76	00	100,00
22:00	00,00	12	00	100,00



HOSPITAL ESTADUAL JULIO HARTMAN

MAL. DEODORO
CENTRO - ESPERANTINA/PI
(86) 3383-1193

Resumo de Alta / Transferência

108672 - MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA

Data: 02/11/2016 Leito: 0503

RESUMO CLÍNICO

Evolução / Intercorrências / Medicações relevantes:

106.543.501/00003-01

HOSPITAL ESTADUAL DR.

JULIO HARTMAN

Rua Manoel Deodoro, 801

Centro CEP: 64.180-000

Esperantina - PI

Diagnóstico principal:

Diagnósticos Secundários:

Procedimentos Cirúrgicos

1- Cirurgia realizada:

Cirurgião:

Tipo de anestesia / sedação:

Data:

2- Cirurgia realizada:

Cirurgião:

Tipo de anestesia / sedação:

Data:

Procedimentos / Exames Invasivos

1-

Data:

2-

Data:

3-

Data:

Condições de Alta / Transferência

☐ Curado

☐ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Óbito

Destino: ☐ Residência

☐ Atendimento domiciliar

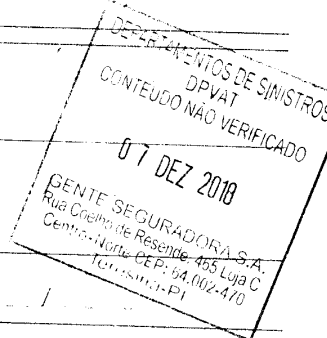
☐ Transferência para:

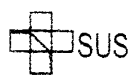
Observação:

Data:

Médico

CRM/Carimbo





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da Saúde

LAUDO PARA BPA INDIVIDUALIZADO

CNPJ: 04.266.498/0001
SECRETARIA MUNICIPAL DE
Saúde
R. Carvalho e Silva,
Centro, Cep: 64.180-000
Esperantina - PI
Fone: 3383-1400

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CUES	
3 - N° DO PRONTUÁRIO		4 - DATA NASCIMENTO	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	
7 - CPF DO PACIENTE		8 - NOME DA MÃE	
9 - NOME DO RESPONSÁVEL		10 - TELEFONE DE CONTATO	
11 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)		12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - SEXO		14 - RACA/COR	
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		16 - CÓDIGO IBGE - MUNICÍPIO	
17 - UF		18 - CEP	

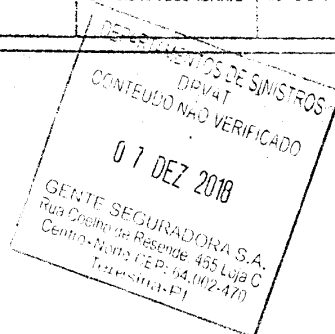
PROCEDIMENTO SOLICITADO (PRINCIPAL)

19 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	20 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	21 - DATA
-----------------------------	-------------------------------------	-----------

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

22 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	23 - CID-10 PRINCIPAL	24 - CID-10 SECUNDÁRIO	25 - CID-10 CAUSAS SUBJACENTES
-------------------------------	-----------------------	------------------------	--------------------------------

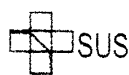
26 - OBSERVAÇÕES



SOLICITAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		28 - DATA DA SOLICITAÇÃO		29 - ASSINATURA E CARIMBO - N° REGISTRO DO CONSELHO	
30 - DOCUMENTO		31 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da Saúde

LAUDO PARA BPA INDIVIDUALIZADO

CNPJ: 04.266.498/0001
SECRETARIA MUNICIPAL DE
Saúde
Rua Carvalho e Silva,
Centro, Cep: 64.180-000
Esperantina - PI
Fone: 3383-1400

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - N° DO PRONTUÁRIO		5 - DATA NASCIMENTO	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
4 - NOME DO PACIENTE		6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	
7 - CPF DO PACIENTE		8 - NOME DA MÃE	
9 - NOME DO RESPONSÁVEL		10 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)	
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		12 - CÓDIGO IBGE - MUNICÍPIO	
13 - SEXO MASC ☐ FEM ☐		14 - RACA/COR	
15 - UF		16 - CEP	

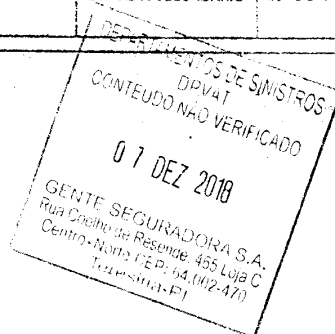
PROCEDIMENTO SOLICITADO (PRINCIPAL)

17 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	18 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	19 - DATA
-----------------------------	-------------------------------------	-----------

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	21 - CID-10 PRINCIPAL	22 - CID-10 SECUNDÁRIO	23 - CID-10 CAUSAS SUBJACENTES
-------------------------------	-----------------------	------------------------	--------------------------------

24 - OBSERVAÇÕES



SOLICITAÇÃO

25 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	26 - DATA DA SOLICITAÇÃO	27 - ASSINATURA E CARIMBO - N° REGISTRO DO CONSELHO
28 - DOCUMENTO () CNS () CPF	29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	



Atendimento	103672
Data:	02/11/2016
Hora:	13:14

HOSPITAL ESTADUAL JULIO HARTMAN
MAL. DEODORO, 0
ESPERANTINA/PI

Nº AIH

LUIS

BOLETIM DE ADMISSÃO

21156 - MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA

- Sexo: FEMININO - 03/09/1969 - 47 ANOS, 2 MESES, 29 DIAS		COR:	PARDA
Clinica: CLINICA MEDICA	Enfermaria: 05- ENFERMARIA - F	Leito: 0503	Convênio: SUS
Escolaridade:	Médico: 2 - MEDICO DE PLANTAO		
CPF:	RG: 1821077	C/N:	SIS Prenatal:
Endereço: RUA JOAO COSTA, Nº 100 - CEP: 64178-000		Bairro: CENTRO	
Cidade: 2206670- MORRO DO CHAPEU DO		Profissão:	Telefone: (86) 9810-35438
Pai: JOAO FRANCISCO DE PAIVA		Mãe: MARIA ZULEIDE DA SILVA	
Responsavel: MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA - (86) 9810-35438 - O MESMO			
Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO			
Diagnostico Definitivo:			

06.553.504/0003-08
HOSPITAL ESTADUAL DR.
JULIO HARTMAN
Rua Marechal Deodoro, 341
Centro CEP: 64.130-000
Esperantina - PI

Resultado

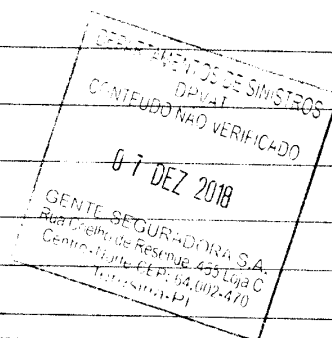
☐	Curado	☐	Removido	☐	-48 Horas
☐	Melhorado	☐	Pedido	☐	+48 Horas
☐	Inalterado	☐	Evasão	☐	Obito
☐	Piorado	☐	Indisciplina		

Transferido

História Clínica

*Acidente de moto com lesão
contusa no fêmur (B).*

Diagnóstico Provável



Dr. Raimundo Fontenele
Médico

MEDICO DE PLANTAO





Número: SM023943
Nome: Maria dos Santos Silva Paiva
Médico:

Data Exame: 30/01/2019

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO

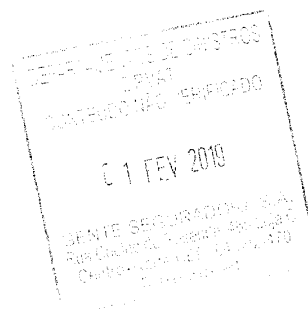
RELATÓRIO

O estudo radiológico do joelho, realizado em incidências ântero/posterior e perfil, demonstra:

- Estrutura óssea: com densidade e anatomia preservada.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Diminutos artefatos radiodensos em partes moles na região infrapatelar e lateral ao côndilo femoral lateral.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Diminutos artefatos radiodensos em partes moles na região infrapatelar e lateral ao côndilo femoral lateral.



Catarina Borges Santana Alves
Catarina Borges Santana Alves
CRM 4387

Rua Coronel Silvestre Lopes, 1005
Esperantina – PI
CEP 64180-000
Tel.: (86) 3383-2501 998126-9627 99843-0956
E-mail: diagnosesantamaria@gmail.com
www.facebook.com/scarvalho.catarina



MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA

49A 4M,F,SM023943

SI:1

Ver pos: AP

Desc. do estudo: MEMBROS INFERIORES

Desc. da série: JOELHO

ID da placa: B2UQMT0959

< 1 - 1 >

Sujeito a perdas (Completo): Coeficiente = 11.00

Clinica Santa Maria

[30/01/2019 09:54:45]

Arqs CR30-Xm

Melhorado

5 cm

AP
E

C 2048
L 4096



MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA

9A 4M,F,SM023943

SI:1

Ver pos: AP

Desc. do estudo: MEMBROS INFERIORES

Desc. da série: JOELHO

ID da placa: B2UQMT0959

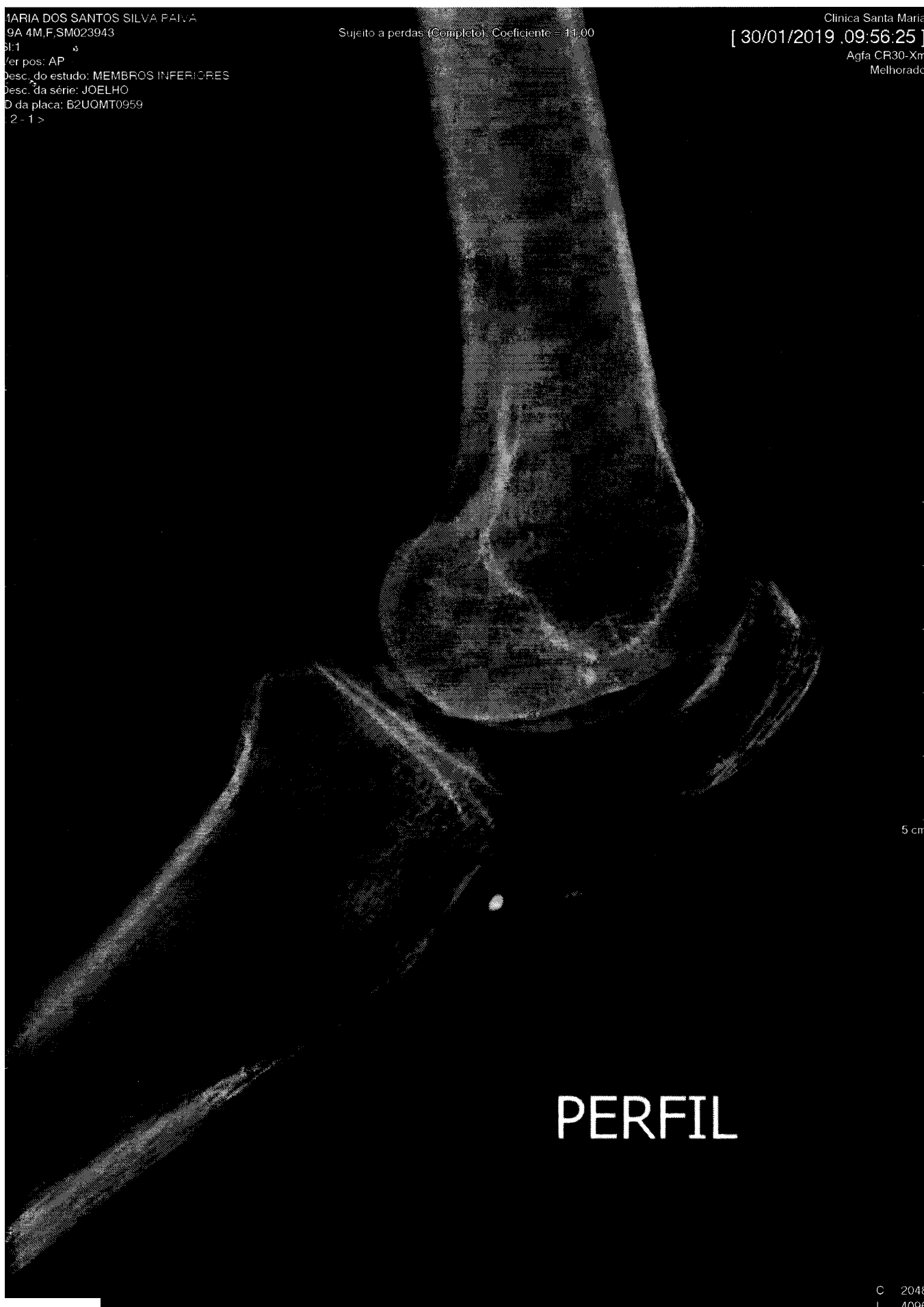
2 - 1 >

Sujeito a perdas (Completo) - Coeficiente = 11,00

Clinica Santa Maria

[30/01/2019 09:56:25]

Agfa CR30-Xm
Melhorado



5 cm

PERFIL

C 2048
L 4096



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSÉ EDMILSON CARVALHO PIRES FILHO,
RG nº 1.249.229, data de expedição 26/10/2016
Órgão SSP, portador do CPF nº 536.774.983-68 com
domicílio na cidade de ESPERANTINA, no Estado de
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA VEREADOR FRANCISCO LUSTOSA DE CASTA. nº 158,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima MARIA DES SANTOS SILVA PAIVA cujo o condutor era
MARIA DES SANTOS SILVA PAIVA.

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA/CB 125 FAN KS
Ano: 2012
Placa: OCG-6983
Chassi: 90JTC4410CR430020
Data do Acidente: 02/11/2016
Local e Data: ESPERANTINA 22 DE NOVEMBRO 2016

José Edmilson Carvalho Pires Filho
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO DEDEUS C LAGES - 1º OFÍCIO
MARIA DE DEUS CARVALHO LAGES - TABELIÃ
CNPJ: 06.842.595/0001-09 - CNS: 07.941-B
PRAÇA LEONIDAS MELO, CENTRO - Nº 50, ESPERANTINA - PIAUÍ

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JOSÉ EDMILSON CARVALHO PIRES
FILHO, EM TEST. DA VERDADE. DOU.FÉ. ESPERANTINA, 26/11/2018 10:22:14

Kelly Coelho Silva Lages
KELLY COELHO SILVA LAGES - ESCRIVENTE
Fmnl: R\$ 3,71 T.J: R\$ 0,74 Selo: R\$ 0,26 Total: R\$ 4,71

Selo de Fiscalização
e Autenticidade
Poder Judiciário
Gratuito em
Atos de Registro
Judicial

RECONHECIMENTO
DE FIRMA
ABX 58381

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 DEZ 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Cheiro de Rosas, 465 Loja C
Centro - Fone CEP: 64.102.470
Teresina - PI

CNPJ: 06.842.595/0001-09
CARTÓRIO DE DEUS C. LAGES
Praça Leonidas Melo nº 50
Esperantina - PIAUÍ
CEP: 64.180-000



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI

Nº 9993045670

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DATA
12-20
1970
11-15
11-15
11-15
11-15
11-15
11-15
11-15
11-15

VIA COD. RENAVAM RNTRO EXERCÍCIO
1 346930068 2012

NOME

JOSE EDIMILSON CARVALHO PIRES JR
1965

OFFICINA

33-77-99306

PLACA

00-00-00

PLACA ANT/UF

LCU-4990

CHASSI

00200411007-4-1961

ESPECIE TIPO

VEICULO DE TRAFEGO

COMPRISTIVO

MARCA/MODELO

ROMERO 1.3 840 RS

ANO REG

1965

CAR/POT/CIL

000/40/4

CATEGORIA

00107

COD. PREC. DOMINANTE

0012

COTA ÚNICA

VFNC. COTA ÚNICA

VFNC. COTAS

I
P
V
A

FADA LPVA

PARCELAMENTO/COTAS

00000000

2º

3º PAQ00

PREMIO TARIFARIO (RS)

IOF (RS)

PREMIO TOTAL (RS)

DATA DE PAGAMENTO

12/02/70

1965

OBSERVAÇÕES

VEICULO REGISTRO

LOCAL

MOSEPAINTINA

DATA

22/10/70

DETRAN - PI

DETRAN - PI

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
07 DEZ 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Roseira - 455 Loja C
Centro - Niterói - RJ 24.092-470
Teresopolis - RJ



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC: 0000 770 0001
CAIXA: 0000 770 7474

240 529391750 8

26/AGO/2018

HORA DE: 11:31:21

LOT: 16.022784-4 TERM: 048100
LOCALIDADE: MORRO DO CHIAPÉ DO PIAUÍ
AD. VINCULADA: 3834 CONTROLE: 44/043035

DEPOSITO EM DINHEIRO

3834 013 00028598-0

MARIA DO SILVA PAIVA

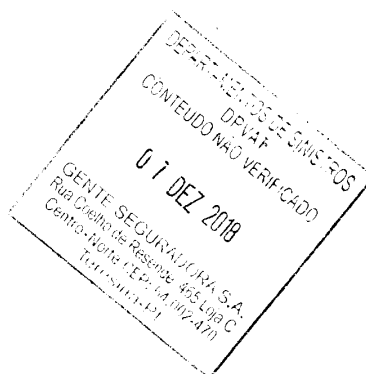
VALOR : ~~3834,00~~

DEPOSITO REALIZADO COM CANCELAMENTO A PREVISÃO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MINUTOS.

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

240 529391750 8

1ª VIA





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 AS: _____ CPF da vítima: 924.914.643-48 Nome completo da vítima: MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO TÓRULARSUSEP Nº 445/2012

Nome completo: MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA CPF: 924.914.643-48
Profissão: LAVRADERIA Endereço: RUA JOÃO CESTA Número: 100 Complemento: _____
Bairro: CENTRO Cidade: MORRO DO CHATEAU DO PAVI Estado: PE CEP: 64.178-000
E-mail: _____ Tel. (DDD): 86994999528

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

RENDAS MENSAL: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco ☐ Itaú ☐ Banco do Brasil ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3834 (1) CONTA: 00028598 (0)
(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 pais/avós vivos? ☐ 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.

Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA, brasileira, solteira, Trabalhadora Rural, portadora do RG nº: 1.821.077-SSP/PI e do CPF nº: 924.914.643-49, residente e domiciliada na Rua Joao Costa, nº 100, centro, Morro do Chapéu do Piauí-PI, CEP: 64178-000.

OUTORGADOS: FRANCISCO DOMINGOS SILVA SANTOS, advogado regularmente inscrito nos quadros da OAB/PI sob o nº 16.495, e-mail adv.franciscosantos10@gmail.com, e FRANCISCO WENEY NECO DA SILVA, advogado regularmente inscrito nos quadros da OAB/PI sob o nº 14.805, com endereço profissional à Rua. Leonardo das Dores, nº 696, centro, Esperantina-PI onde recebe intimações.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração o outorgante infra-assinado nomeia e constitui seu bastante procurador e advogado o outorgado qualificado acima, com a cláusula “*AD JUDICIA*”, conforme artigo 105 do Novo Código de Processo Civil, além dos especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se finda a ação, receber e dar quitação, firmar compromisso, assinar declaração de hipossuficiência, para, em conjunto ou separadamente, representá-lo perante qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado, a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-lo nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, praticando, enfim, todo e qualquer ato necessário ao bom e fiel cumprimento do presente mandato, podendo, inclusive, substabelecer no presente mandato, com ou sem reservas de poderes.

Esperantina-PI, 22 de fevereiro de 2019.

Maria dos Santos Silva Paiva

MARIA DOS SANTOS SILVA PAIVA

