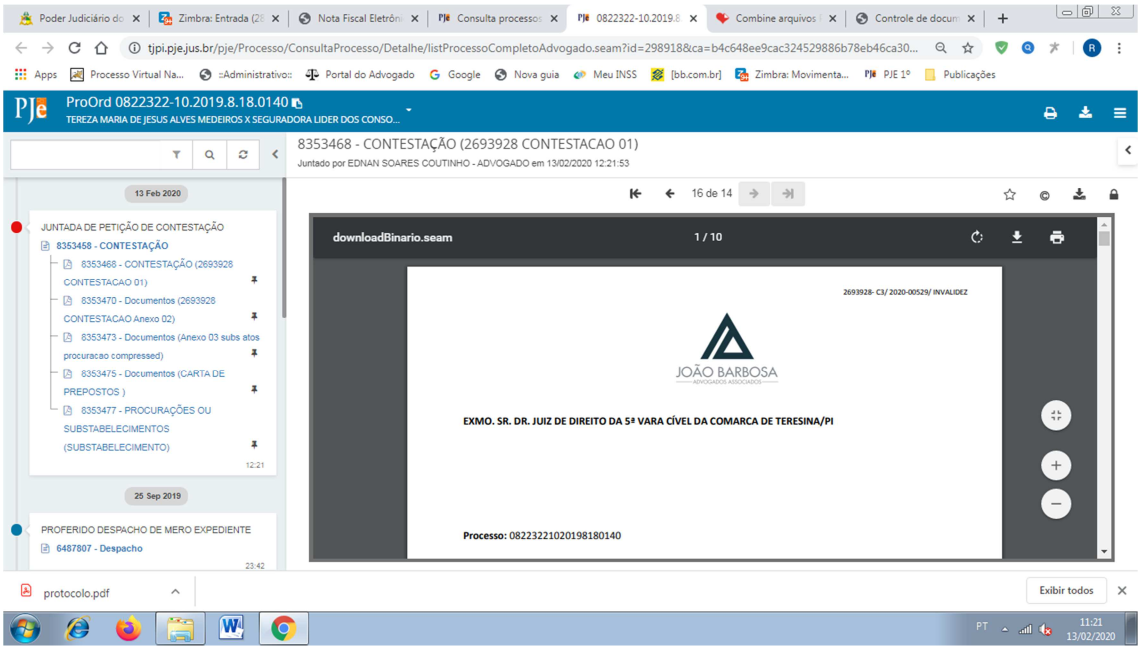


tjpi.pje.jus.br/pje/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=298918&ca=b4c648ee9cac324529886b78eb46ca30...
ProOrd 0822322-10.2019.8.18.0140
TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS X SEGURADORA LIDER DOS CONSO...
8353468 - CONTESTAÇÃO (2693928 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 13/02/2020 12:21:53
13 Feb 2020
JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
8353458 - CONTESTAÇÃO
8353468 - CONTESTAÇÃO (2693928 CONTESTACAO 01)
8353470 - Documentos (2693928 CONTESTACAO Anexo 02)
8353473 - Documentos (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
8353475 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS)
8353477 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)
12:21
25 Sep 2019
PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE
6487807 - Despacho
23:42
16 de 14
downloadBinario.seam
1 / 10
2693928- C3/ 2020-00529/ INVALIDEZ
JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS
EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI
Processo: 08223221020198180140
protocolo.pdf
Exibir todos
11:21
13/02/2020

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

Processo: 08223221020198180140

> **SÚMULA 474 STJ**: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da ***AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT,*** que lhe promove **TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

C O N T E S T A Ç Ã O

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

Cumpre esclarecer que em que pese a parte autora realizar requerimento do pagamento, através da via administrativa, porém, o sinistro foi cancelado por inatividade, haja vista que a parte autora não apresentou a documentação necessária para a perfeita regulação do sinistro.

Não obstante, em qualquer hipótese de acidente, a atitude normal do segurado é procurar a seguradora, para que esta regule, primeiramente, o sinistro. Somente em caso de não pagamento, ressarcimento incompleto ou de mora, as demandas devem ser ajuizadas.

Assim, tendo o autor deixado de apresentar a documentação exigida por lei, carecendo o autor de uma condição específica do regular exercício do direito de ação, qual seja, interesse de agir.

Compulsando atentamente aos autos, em nenhum momento foi demonstrado e comprovado de forma contundente que a parte autora faz jus ao pleito deduzido na presente demanda, devendo o pleito ser julgado extinto em virtude da inocorrência de mora por parte da Ré.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015[1], prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015[2].

DA NECESSIDADE DA PROCURAÇÃO SER OUTORGADA POR INSTRUMENTO PÚBLICO

É cediço que nas procurações em que o outorgante é analfabeto não comporta a outorga via instrumento particular[3], mas tão somente por instrumento público, conforme interpretação a contrario sensu do art. 654 do Código Material Civil.

Ocorre que, *in casu*, na procuração juntada aos autos, a outorga tem sido feita por instrumento particular, não obstante a parte autora não conseguir assinar seu nome, conforme exigência daquele dispositivo legal.

Dessa feita, com o fito de evitar maiores prejuízos aos litigantes, necessário se faz a intimação da parte autora para sanar o vício contido no documento acostado no presente caderno processual.

1[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

2[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

3"Acidente de Veículo. Responsabilidade extracontratual. Solidariedade. Não Reconhecimento. Ilegitimidade passiva ad causam. Extinção do processo sem resolução de mérito. Impertinente a inclusão no pólo passivo da ação da empresa contratante de serviços de distribuição por ato ilícito praticado por empregado, serviçais ou prepostos do agente, diante da ausência de solidariedade prevista em lei ou no contrato. Ação. Analfabeto. Procuração. Instrumento Público. Necessidade. Em se tratando de analfabeto, é obrigatória a procuração por instrumento público. (TJSP – Agravo de Instrumento nº 990.10.453486-0 – Praia Grande – 27ª Câmara de Direito Privado – Rel. Des. Gilberto Leme – Julgado em 07.12.2010) (...) No que tange à regularização processual, anote-se que, em se tratando de analfabeta, a validade do mandato judicial é condicionada à existência de instrumento público, para que se demonstre a efetiva outorga de poderes para a representação em juízo (CC, art. 654). Arnoldo Rizzardo assevera que o analfabeto, "por não possuir firma, e, em decorrência, não assinar, o que torna impossível comprovar lhe pertençam os dizeres lançados no instrumento, a forma pública é imprescindível" (op. cit. 687). Arnoldo Wald enuncia que "O analfabeto só pode dar procuração por instrumento público." (Obrigações e Contratos, 13a ed., São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, p. 452). Ao tratar desse tema, Humberto Theodoro Júnior leciona que: "O instrumento público só é obrigatório para os analfabetos ou os que não tenham condições de assinar o nome." (Curso de Direito Processual Civil, vol. I, Forense, 2009, RJ, pág. 102)."

A intimação para sanar tal vício se faz mister, pois no caso dos autos, é indubitável que a procuração outorgada é eivada de vício não produzindo, assim, nenhum efeito legal[4].

Assim, requer a Vossa Excelência se digne intimar a parte autora para sanar o vício contido no instrumento procuratório, sob pena de indeferimento da inicial.

DA IRREGULARIDADE DE REPRESENTAÇÃO

Inicialmente cumpre informar que mediante analise dos autos verifica-se que o não há nos autos procuração ou substabelecimento outorgando poderes para advogado que assinou eletronicamente a petição inicial.

Vejamos o entendimento do STJ:

> PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL. AUSÊNCIA DE INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO OU SUBSTABELECIMENTO DA ADVOGADA SUBSCRITORA DO RECURSO. RECURSO ASSINADO ELETRONICAMENTE. IRREGULARIDADE DE REPRESENTAÇÃO. INCIDÊNCIA DA SÚMULA 115/STJ.
>
> 1. "*A prática eletrônica de ato judicial, na forma da Lei n. 11.419/2006, reclama que o titular do certificado digital utilizado possua procuração nos autos, sendo irrelevante que na petição esteja ou não grafado o seu nome*" (AgRg no REsp1.347.278/RS, Rel. Ministro LUIS FELIPE SALOMÃO, CORTE ESPECIAL, julgado em 19/6/2013, DJe 1º/8/2013.).
>
> 2. Nos termos da jurisprudência do STJ, a identificação de quem peticiona nos autos é a proveniente do certificado digital, independentemente da assinatura que aparece na visualização do arquivo eletrônico.
>
> 3. "*A juntada posterior do instrumento de procuração ou substabelecimento não tem o condão de sanar o vício contido no recurso manejado, ante a inaplicabilidade dos arts. 13 e 37 do CPC no âmbito dos recursos excepcionais. Precedentes da Corte Especial e da 1ª Seção do STJ*" (AgRg no REsp 1.450.269/RJ, Rel. Ministro MAURO CAMPBELL MARQUES, SEGUNDA TURMA, julgado em 25/11/2014, DJe 2/12/2014.).
>
> **AgRg no *AGRAVO* EM RECURSO ESPECIAL Nº 724.319 – BA (2015/0134460-5)**

Neste sentido é importante consignar que referido documento é de suma importância a esses autos, eis que, para que a representação da parte seja válida é necessária à outorga de mandado.

Diante do exposto, em face da irregularidade na representação processual da parte autora requer intimação da mesma para sanar o vício ora anunciado, sob pena de indeferimento da petição inicial.

---

[4] Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro, Apelação Cível nº (2009.001.20283), 10ª Câmara Civil, Julgamento: 30/06/2009. "***Apelação Cível. Ação declaratória de inexistência de débito. Tarifa de esgoto. Autor-apelante que apresenta procuração sem assinatura, tendo lançado mera impressão de digital em instrumento particular de mandato.Mandatário analfabeto que deve outorgar poderes em instrumento público, conforme exegese dos arts. 215, § 2º do Código Civil e 366 do Código de Processo Civil. Inércia injustificada após concessão de prazo para a regularização.Atos processuais inexistentes. Inteligência do arts. 13, inciso I, c/c 37, caput e § único e 38, todos do C.P.C. Recurso do qual não se conhece.***"

DO MÉRITO

DOCUMENTO IMPRESCINDÍVEL AO EXAME DA QUESTÃO

(REGISTRO DA OCORRÊNCIA NO ÓRGÃO POLICIAL COMPETENTE)

Constata-se, pela síntese dos fatos narrados na exordial, que a parte autoral pretende que o seguro DPVAT no suposto acidente noticiado.

O parágrafo 1º, do art. 5º da lei n.º 6.194/74 é claro, e exige para que o beneficiário possa ter o direito de pleitear a indenização relativa ao seguro obrigatório de veículo a apresentação de determinados documentos.

Com efeito, verifica-se que a parte Autora deixar de apresentar o **registro da ocorrência policial, documento imprescindível para comprovação da ocorrência do acidente e do nexo de causalidade.**

Essa prova documental incumbe à parte autoral, não só em função do que consta expressamente na lei específica, supratranscrita, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373 do CPC.

Assim, merece a presente demanda seja julgada extinta com resolução do mérito, na forma do art. 485, inciso I, da Lei Processual Civil.

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC[5].

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

---

[5]"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE**. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**" (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG , Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

DO MÉRITO

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral[6].

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima[7].

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

> **Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e**
>
> **Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.**

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação[8.]

---

[6] RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

[7] **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez."

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação[9]

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Requer a Ré o acolhimento das preliminares suscitadas.

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

---

[8]"SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."

[9]***art. 1º . (...)***
§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona **EDNAN SOARES COUTINHO,** inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

TERESINA, 6 de fevereiro de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfincteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R$ 13.500,00	R$ 10.125,00	R$ 6.750,00	R$ 3.375,00	R$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R$ 9.450,00	R$ 7.087,50	R$ 4.725,00	R$ 2.362,50	R$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R$ 6.750,00	R$ 5.062,50	R$ 3.375,00	R$ 1.687,50	R$ 675,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R$ 3.375,00	R$ 2.531,25	R$ 1.687,50	R$ 843,75	R$ 337,50
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	R$ 1.350,00	R$ 1.012,50	R$ 675,00	R$ 337,50	R$ 135,00

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS**, em curso perante **a 5ª VARA CÍVEL** da comarca de **TERESINA**, nos autos do Processo nº 08223221020198180140.

Rio de Janeiro, 6 de fevereiro de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Comprovante de residencia

DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO.

Eu, Francisco das Chagas Alves Medeiros, brasileiro casado, CI/RG nº 982.938, CPF/MF nº 349.787.043-95, residente e domiciliado na Rua Olimpio Costa Neto nº 3192 (Loteamento Cidade Verde) Bairro: Samapi, nesta cidade, sob responsabilidade civil e criminal, ciente de que a falsidade da informação me sujeita às penas da legislação pertinente, declaro para todos os fins de direito, que Tereza Maria de Jesus Alves Medeiros, brasileira, casada, aposentada, CI/RG nº 333.978 SSP/PI, CPF/MF nº 327.526.783-00, conta para depósito: Banco Bradesco S/A, agência 0405-7, conta 0111178-7, residente e domiciliado na Rua Bom Jesus nº 3311, Bairro Buenos Aires, nesta cidade.

Teresina (PI), 17 de Agosto de 2018

2º OFÍCIO

Francisco das Chagas Alves Medeiros
FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES MEDEIROS

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES MEDEIROS
EM TEST. DA VERDADE. DOU FÉ. TERESINA, 21/08/2018 09:23:31
SELO
ALINE MARA SANTOS DE CARVALHO - ESCREVENTE AUTORIZADO
Emol. R$ 3,71 TJ: R$ 0,74 Selo: R$ 0,26 Total: R$ 4,71

Aline Mara Santos de Carvalho
Selo de Fiscalização e Autenticidade
RECONHECIMENTO DE FIRMA
Nº ABH 85108

LIVRO Nº 846 FLS.185/185v

Protocolo: 548709

PROCURAÇÃO PÚBLICA

S A I B A M quantos este público instrumento de procuração bastante virem, que aos dezessete dias do mês de agosto do ano dois mil e dezoito, (17/08/2018), nesta cidade de Teresina, Capital do Estado do Piauí, neste Tabelionato, situado na Rua Governador Joca Pires, nº 1455, Bairro de Fátima, CNPJ/MF nº 28.299.252/0001-82, perante mim, Tabeliã Interina, compareceu como outorgante, TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS, brasileira, casada, aposentada, CI/RG nº 333.978-SSP/PI, CPF/MF nº 527.526.793-00, residente e domiciliada na Rua Bom Jesus, nº 3514, Bairro Memorare, CEP 64.009-230, nesta cidade, que por não ser alfabetizada, deixa neste ato a impressão digital do seu polegar direito, assinando a seu rogo: PATRICIA DA SILVA SOUSA MEDEIROS, brasileira, casada, do lar, CI/RG nº 1.677.102-SSP/PI, CPF/MF nº 591.574.613-68, residente e domiciliada na Rua Olimpio Costa Neto, nº 3192, Loteamento Cidade Verde, Bairro Samapi, nesta cidade. O(A)(s) presente(s) reconhecido(a)(s) como o(a)(s) próprio(a)(s), de acordo com os documentos que me foram apresentados, identificando-o(a)(s) capaz(es), pois a tudo responde(m) com firmeza, segurança, clareza e convicção do mandato e poderes ora conferidos ao(à)(s) mandatário(a)(s), do que dou fé. E por este instrumento e nos melhores termos de direito, nomeia e constitui seu bastante procurador, FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES MEDEIROS, brasileiro, casado, representante comercial, CI/RG nº 982.918-SSP/PI, CPF/MF nº 349.787.043-91, residente e domiciliado na Rua Olimpio Costa Neto, nº 3192, Loteamento Cidade Verde, Bairro Samapi, nesta cidade, a quem confere os seguintes PODERES: específicos para representá-la junto ao CARTÓRIO DE NOTAS COMPETENTE, podendo fazer e assinar DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA e/ou COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA, reconhecer firma, firmar em cartório de notas em nome da outorgante, assinando todos os documentos que se fizerem necessários para esse fim, pagar taxas, receber, passar recibos, dar quitação, prestar declarações, requerer, alegar, recorrer, enfim, praticar todos os atos necessários ao fiel cumprimento do presente mandato. VEDADO O SUBSTABELECIMENTO. OS DADOS E ELEMENTOS CONTIDOS NESTE INSTRUMENTO FORAM VISTOS E ACEITOS POR DECLARAÇÃO VERBAL, FICANDO O OUTORGANTE RESPONSAVEL POR SEU TEOR, BEM COMO POR QUALQUER INCORREÇÃO, ISENTANDO ASSIM, ESTAS NOTAS DE QUAISQUER RESPONSABILIDADES. Com respaldo no Provimento nº 024, de 24 de Setembro de 2013, da Corregedoria Geral de Justiça do Piauí, de acordo com o estabelecido na Lei nº 10.741/2003. O

Patricia da Silva S. Medeiros

presente instrumento tem validade por 06 (seis) meses a contar da data lavratura. E de como assim o disse(ram), do que dou fé, lhes lavrei este instrumento por me ser pedido, que após lido e achado conforme, outorga(m), aceita(m) e assina(m). Emolumentos: R$ 43,52; FERMOJUPI-TJ: R$ 8,37; Selos: R$ 0,52. Eu, ________ Osailde Gomes Magalhães Osório, escrevente autorizada, o digitei. Eu, ________, Interina do 2º Tabelionato, o subscrevo, assino em público e raso.

PATRICIA DA SILVA SOUSA MEDEIROS

EM TESTEMUNHO ________ DA VERDADE.

ANTÔNIO JUNIOR DE SOUSA ARAÚJO
ESCREVENTE AUTORIZADO

Antônio Júnior de Sousa Araújo
Escrevente autorizado

28.299.252/0001-82
2º OFÍCIO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS
Av. Governador Joca Pires, 1455
Bairro de Fátima - CEP: 64.049-522
Teresina-Piauí

Selo de Fiscalização e Autenticidade
Poder Judiciário
Estado do Piauí
Atos de Notas, Registro e Judiciais
PADRÃO
Nº AAH 70216
ARQUIVAMENTO
AAF 73593

036629

Comprovante de residencia

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS,

RG nº 333.978, data de expedição 21/03/12, Órgão SSP/PI,

CPF nº 327.526.793-00, 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 de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	BOM JESUS
Número	3311
Apto / Complemento	
Bairro	BUENOS - AIRES
Cidade	TERESINA
Estado	PIAUI
CEP	64009-230
Telefone de Contato	(89) 3214-3160
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: TERESINA (PI), 24 DE ABRIL DE 2018

Assinatura do Declarante: ____________

Eletrobras
Distribuição Piauí

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO **SEU CÓDIGO** 0074537-5

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 – Centro/Sul – Teresina – PI
[illegible]
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B1
[illegible]

Nº da Nota Fiscal: 004610442

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
ABRIL/2018	25/04/2018	92	76,36

ALBERTO ALVES DE MEDEIROS
R. BOM JESUS 3311 MEMORARE
CPF: 00015089312320
CEP: 64.009-230 - TERESINA

ROT: 12.001.37.52.140000

DADOS DA LEITURA	kWh	
Atual:	3818	
Anterior:	3726	
Constante de Multiplicação:	1,000	
Consumo Medido:	92	
Consumo Faturado:	92	FCAN

DATAS DA LEITURA	
Atual:	18/04/2018
Anterior:	19/03/2018
Próxima Leitura:	17/05/2018
Emissão:	17/04/2018
Apresentação:	18/04/2018

NORMAL 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A004186		1.1.1.1	172

HISTÓRICO kWh

Mês/ano	consumo
MAR/18	115
FEV/18	97
JAN/18	103
DEZ/17	133
NOV/17	98
OUT/17	215
SET/17	73
AGO/17	53
JUL/17	46
JUN/17	122

TARIFA SEM TRIBUTOS:
B A 92 - 0,554030

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO 92 A R$ 0,747255 =	68,74
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	6,11
CORRECAO MONETARIA IG 03/18-00	0,01
MULTA POR ATRASO 03/18-00	1,31
JUROS DE MORA DE IMPO 03/18-00	0,19

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

DEBITOS JA REAVISADOS

Mês/Ano	Valor R$
05/2017	556,65

Informamos existir(em) débito(s) vencido(s) no valor de R$ 556,65 (sem acréscimos legais) até esta data. Caso o(s) débito(s) já tenha(m) sido pago(s), procurar uma loja de atendimento da Eletrobras Distribuição Piauí com o(s) comprovante(s) de pagamento.

"ALIQUOTA DE ICMS COM REAJUSTE DE 2%, CONFORME DECRETO N 17.583, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2017."
LIGUE 0800 086 0800 E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 2F3D.F582.200E.5203.536C.FECD.F44C.1A2E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$

Distribuição:	14,56
Energia:	27,67
Transmissão:	4,35
Encargos:	4,40
Tributos:	17,76

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R$

Base de Cálculo:	68,74
Alíquota ICMS:	22,00%
Valor do ICMS:	15,12
Valor do PIS:	0,47
Valor do COFINS:	2,17

INDICADORES DE CONTINUIDADE

5,31 10,63 21,25 3,24 6,48 12,95 3,03
0,00 0,00 0,00

TERESINA-MARQUES 02/2018 28,29

Comprovante de residencia

ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ 27157474000106 - I.E 19598559 [illegible]
Av. Prof. Camillo Filho, 1960, Todos os Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3103

TC 1.08
2019072309.321

MATRÍCULA	FATURA Nº	MÊS / ANO
13871102-0	152101165	7/2019

NOME / ENDEREÇO
MORADOR FRANCISCO DAS C ALVES MEDEIROS

LOT CIDADE VERDE 8
SATELITE 3192-Q---H-SAMAPI-TERESINA-PI-cep:64055535

LOCALIZAÇÃO	GRUPO	NÚMERO DO HIDRÔMETRO
004-00041 001230	004	A04L580593

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS / ANO	TIPO	LIDO	FATURADO
06/2019	[illegible]	10	10
05/2019	Lido	12	12
04/2019	Lido	[illegible]	13
03/2019	Media	[illegible]	11
02/2019	Media	[illegible]	11
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
1 Residencial - Normal

	DATA	LEITURA
ANTERIOR	06/06/2019	2037
ATUAL	05/07/2019	2047

CONSUMO MÊS M3: 10

LEI 12.741/2012
PIS PASEP 28,83x1,65%= 0,47
COFINS 28,83x7,60%= 2,19

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R$/M3 E (%)

[illegible]	10	3,6669	90
10	25	5,9126	90
25	999999	9,8610	90

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R$/M3 E (%)

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

DESCRIÇÃO	REF.	VALOR
VALOR REFERENTE AGUA - 28,83		
> Residencial-Normal	10,0 m3	28,83

VENCIMENTO: 17/07/2019 TOTAL A PAGAR: 28,83

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM
NOSSOS ARQUIVOS ACUSAM 1 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços conforme Leis Federais nº 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2589	2559	30	1,31	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2380	2330	50	5,75	Inferior a 15
PH	3087	3039	48	6,73	6,00-9,50
TURBIDEZ	3092	2875	217	2,29	Inferior a 5
COLIFORMES TOTAIS					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCHERICHIA COLI	1078	1078	0	Ausencia	Ausente
	1078	1078	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 05/07/2019 HORA DA EMISSÃO: 08:13

TC 1.08 2019072309.321

ÁGUAS DE TERESINA

MATRÍCULA	FATURA Nº	MÊS / ANO
13871102-0	152101165	7/2019

VENCIMENTO: 17/07/2019

VALOR A PAGAR: 28,83

82680000000-0 28831535000-0 00201915210-3 11650100104-8

***** AVISO DE DEBITO *****

Prezado cliente,
Não identificamos o pagamento do(s) débito(s) abaixo relacionado(s).
Deste modo, solicitamos que regularize sua situação junto a nossa empresa, ou faça contato para esclarecimentos através do 0800 223 2000. Os encargos correspondentes aos débitos listados serão cobrados na próxima fatura.

MÊS/ANO	VENCIMENTO	VALOR (R$)	MÊS/ANO	VENCIMENTO	VALOR (R$)
06/2019	18/06/19	30,93			

Seguradora LÍDER

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site **www.seguradoralider.com.br** ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2].

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. [2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Francisco das chagas Alves Medeiros

inscrito (a) no CPF/CNPJ 349.787.043/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Tereza Maria de Jesus Alves Medeiros inscrito (a) no CPF sob o Nº 327.526.793/00,

do sinistro de DPVAT cobertura 3180311585 da Vítima Tereza Maria de Jesus Alves Medeiros

inscrito (a) no CPF sob o Nº 327.526.793/00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Comerciante Renda: 1.500,00 e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

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

Endereço: Rua Olímpio Costa Neto (Resid. Cidade Verde)		Número: 3192	Complemento:
Bairro: Samapi	Cidade: Teresina	Estado: PI	CEP: 64058-090
E-mail: medeirosdireito50@gmail.com			Tel.(DDD): (086) 9.8896-4406

Local e Data: Teresina (PI), 01 de Agosto de 2019

Francisco das chagas Alves Medeiros
Assinatura do Declarante

Declaracao Circular SUSEP 445/12

RECEBIDO
0 6 AGO 2019
Seguradora Líder DPVAT

DLDRL.001 V001/2017

Documentacao medico - hospital

HUT

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Tereza Maria de Jesus Alves Medeiros

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 417647

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO – SAME

O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS.

28 ? 1255

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-??0 CNPJ: 05.522.917/0022-02

NCR OK
Ortopedia

Imp: 28/08/2016 21:17:08

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS	**Prontuário:** 417647
Mãe: ANA RODRIGUES DA SILVA	**Pai:**
End.Resid.: RUA BOM JESUS 3311 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI - CEP: 64000-010	
Nascimento: 09/10/1936 — **Idade:** 79a:10m:19d	**Sexo:** Feminino — **Fone:** 86-99525-2481
Responsável: PATRICIA DA SILVA	**CNS:** 706802716507429
Profissão: APOSENTADA	**Documento:** CPF: . . -
G. Instrução: Não alfabetizado	**E.Civil:** Casado(a)
End.Local.: - - -	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 565830	**Data:** 28/08/2016 21:11:07	**Condução:** AMBULÂNCIA DO SAMU	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE)			**Convênio:** S U S
Acid.Trab.: Não	**Acid. Trajeto:** Não	**Acid. Trab. Típico:** Não	**CID Secundario:** V099

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor moderada	ORTOPEDISTA	**Amarelo**

Breve História:
PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTOCICLETA APRESENTANDO FRATURA EM PERNA DIREITA E REFERE DOR EM OMBRO ESQUERDO E CEFALEIA DEVIDO TER BATIDO A CABEÇA APRESENTANDO LESÃO NA MESMA. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Profissional Clas. Risco:
AURICELIA FERNANDES TEIXERA
COREN 166059
Em: 28/08/2016 21:16:26

HUT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME: crânio
DATA: 28.08.16 às 23:45h
TECNÓLOGO:

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ___:___)

Politrauma. Referindo dor ...
Nega ... TC ... Aguardo ... de NCR, CG

PA ___ X ___ mmHg | Pulso: ___ | FC: ___ bpm | Temp.: ___

Diagnóstico Inicial: | CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Fratura supracondiliana fêmur D

Dr. Rafael Levi Louchard S. da Cunha
Médico do Esporte
CRM: 3807 SBOT: 12983
Trauma do Esporte e Artroscopia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo

HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA 05/09/16
SERVIDOR:

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: / / HORA:

Se Internação, Indique o Procedimento e CID
0408050624 — S72.4
Procedimento — CID

Dr. Rafael Levi Louchard S. da Cunha
Médico do Esporte
CRM: 3807 SBOT: 12983
Trauma do Esporte e Artroscopia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo

Patricia da Silva Sousa Medeiros
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-07

Imp: 28/08/2016 21:17:39
(ABRICELIA TEIXEIRA)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS		**Prontuário:** 417647	
Mãe: ANA RODRIGUES DA SILVA		**Pai:**	
End.Resid.: RUA BOM JESUS 3311 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 09/10/1936	**Idade:** 79a:10m:19d	**Sexo:** Feminino	**Fone:** 86-99525-2481
Responsável: PATRICIA DA SILVA		**CNS:** 706802716507429	
Profissão: APOSENTADA		**Documento:** CPF: . . -	
G. Instrução: Não alfabetizado		**E.Civil:** Casado(a)	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 565830	**Data:** 28/08/2016 21:11:07	**Clas. Cor:** Amarelo
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE)		**Convênio:** S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 28/08/16 __:__ ESPECIALISTA: Cir Geral.

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: Pct. vítima de politraumas. Refere ter batido a cabeça e evoluído com vômitos. Segue estável. Glasgow: 15 possui sutura em MIE.

Pct. liberado da cir. geral.

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____ __:__

NCL

Avaliado de [illegible]

[illegible]

[illegible]

CD: sem conduta NCL

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

CRM-PI 2212

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/____ __:__ ESPECIALISTA:

HUT SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, PI 05.09.16
SERVIDOR

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:

Fratura supracondiliana fêmur D

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____ __:__

0408050624 572.4

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Hospitalar de Teresina - FHT

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU

SAMU 192

Dados do Chamado

01 Nº. do chamado: 1/SN1436
02 Data do chamado: 28/08/2016
03 PRO (código): 28618
04 Saída do PA: / /
05 Chegada ao local: / /
06 Saída do local: 20:48
07 Chegada ao 1º. hospital: 21:10
08 Saída do 1º. hospital: / /
09 Chegada ao 2º. hospital: / /

Local da Ocorrência

10 Endereço: Transp. do HGBA(
11 Bairro: BA
12 Município-UF: Ter. TZANGO — Código IBGE
13 Ponto de referência:

Dados do Paciente

14 Nome: Teresa Ma de Jesus A Medei
15 Sexo: 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado [2]
16 Idade: 09 10 36 — 1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano 9 - Ignorado — Se idade ignorada, preencha com 999
17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado [1]

Tipo de Ocorrência

18 Tipo de ocorrência [14]
01 - Acidente de transporte
02 - Agressão física-espancamento
03 - Agressão física-FAF
04 - Agressão física-FAB
05 - Urgência psiquiátrica
06 - Tentativa de suicídio
07 - Envenenamento
08 - Afogamento
09 - Queimadura
10 - Choque elétrico
11 - Queda
12 - Urgência clínica
13 - Urgência obstétrica
14 - Transferência
15 - Exames complementares
16 - Outros
17 - Já removido
18 - Falso chamado

Acidente de Transporte

19 Vítima: 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado
20 Meio de locomoção: 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro ______ 9 - Ignorado
21 Outra parte envolvida: 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra ______ 9 - Ignorado
22 Equipamentos de segurança: Capacete, Airbag, Cinto de segurança, Assento para criança

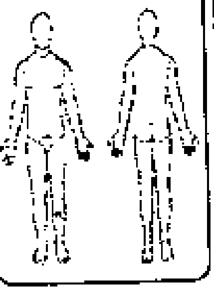
Exame Físico

23 Glasgow = 15

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
4-Espontânea	5-Orientada	6-Obedece a comandos
3-À voz	4-Confusa	5-Localiza dor
2-À dor	3-Palavras inapropriadas	4-Movimento de retirada
1-Nenhuma	2-Palavras incompreensíveis	3-Flexão anormal
	1-Nenhuma	2-Extensão anormal
		1-Nenhum

24 Sinais Vitais: Pulso ______ Resp. ______ PA ______ TAX. ______ Sat02 ______

25 Local da lesão



26 Pupilas: 1 - Iguais 2 - Desiguais [1]
27 Pulso: Radial [ ] Central [ ] 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente
28 Sangramento: 1 - Sim 2 - Não [2]
29 Dor [7] — ESCALA DE DOR DE 0 A 10: 0 Sem Dor, Leve, 3, Moderada, 7, Intensa, 10
30 Fratura: 1 - Sim [ ] Exposta [ ] Fechada 2-Não 3-Suspeito [ ]

HUT-SAMU
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, PI 05/09/16
SERVIDOR:

Assistência

31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)
[ ] Aspiração [ ] Oxigênio [ ] Curativos [ ] Prancha longa/curta [ ] Colar cervical [ ] Kred [ ] Imobilização de extremidades [ ] Reanimação cardiopulmonar [ ] Assistência obstétrica [ ] Glicemia ______ [ ] Acesso Venoso [ ] Medicamentos a) ______ b) ______ c) ______

Hospital de Destino

32 Hospital de Destino: HUT — [ ] Não Removido
33 Condições de entrada: 1-Melhorado 2-Piorado 3-Inalterado
34 Óbito: 1-Sim 2-Não [ ] Antes do socorro [ ] Antes do transporte [ ] Durante o transporte

Observações Interdisciplinar

Pcte vitima de atropelamento por moto evoluiu com dor em coxa D e ombro E primeiro atendimento realizado no HGBA transf para avaliação c/ tpeuta

Responsável pela recepção: [assinatura]
Socorristas — Médico: Francisco Mario da Silva — AE/TE: Assist. Tec. de Saúde
Enfermeiro: ______
Condutor: [assinatura]

Versão: 27.11.2011

FMS
Fundação Municipal de Saúde

SUS

SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade H. Buenos Aires	Para Unidade HUT
Paciente Teresa Maria de Jesus A. Medeiros	Registro

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Paciente vítima de atropelamento por moto evolui com dor em coxa D. Rx de coxa: fx de fêmur distal. Solicito avaliação e conduta ORTOPÉDICA. Grato,

HD.

Data 28/08/16

Simone Fontenele
Cirurgiã Geral
CRM-PI ...

Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

FICHA DE RETORNO

Da Unidade	Para:

DIAGNÓSTICO

HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, PI 05/09/1...
SERVIDOR:

Data ___/___/___

Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

OBSERVAÇÃO:

Fls. Nº________
Proc. Nº________
Rubrica________

FMS
PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 03/09/16

NOME DO PACIENTE: [illegible]	PRONTUÁRIO Nº:
DIAGNÓSTICO: fratura de [illegible] distal (D)	CIRURGIA: Osteossíntese
ANESTESIA:	Nº DA SALA:
CIRURGIÃO: Dr. Wilanildo	CPF Nº:
AUXILIAR: Dr. Roceldo	CPF Nº:
ANESTESIA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: [illegible]	CPF Nº:

Dr. Wilanildo L. Costa CRM-PI 4749 CRM-MA 6553
Roceldo Reis MÉDICO ORTOPEDISTA TEOT 13052 CRM-PI 3531

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.		
AGULHA 40X12	UNID.	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	01	
ALCOOL 70%	ML	200	
ALGODÃO	BOLA		
ÁGUA OXIGENADA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	—	
ESPARADRAPO	CM	20	
ESCALPE Nº	UNID.		
FORMOL	ML		
GASES	PAC.	04	
JELCO Nº	UNID.		

FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO
CAT. GUT. SIMPLES C/AG			
CAT. GUT.SIMPLES S/AG.			
CAT. GUT. CROMADO C/AG			
CAT. GUT. CROMADO S/AG			
ALCOFIL			
MONONYLON 3.0		02	
FITA UMBILICAL			
VICRYL		02	
PROLENE			

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
LUVA Nº 6,5; 7,0	PAR	02	
LUVA Nº 8,0; 7,5	PAR	02	
LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
PVPI DE GERMANTE	ML	100	
PVPI TÓPICO	ML	100	
PVPI TINTURA	ML		
SERINGA 20CC	UNID.		
SERINGA 10CC	UNID.	01	
SERINGA 5CC	UNID.	01	
SERINGA 3CC	UNID.		
SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
SONDA URETRAL	UNID.		
Crepom		02	

OCORRÊNCIA

HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, PI 05/09/17
SERVIDOR:________

ENFERMARIA:

CIRCULANTE: [illegible]

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente: Tereza Maria de Jesus Alves Medeiros

Diagnóstico pré-operatório: Fratura de fêmur distal (D)

Operação - Tipo: Osteossíntese

Cirurgião: Dr Wilanildo — Dr. Wilanildo L. Costa CRM-PI 4740/CRM-MA 6663 TEOT: 13063

1º Assistente: Dr Roceldo — Roceldo Rego MÉDICO ORTOPEDISTA CRM-PI 3531

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação: 03.04.16

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório: O mesmo

Relatório Imediato do Patologista

HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, PI 05/09/16
SERVIDOR:

Acidente Durante a Operação: procedimento sem intercorrências, apresentando apenas a quebra do parafuso (Broca Perdida) em região distal do fêmur D.

Dr. Wilanildo L. Costa CRM-PI 4740/CRM-MA 6663 TEOT: 13063

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

(1) paciente DDH sob anestesia (2) assepsia + antissepsia (3) colocação de campos estéreis (4) acesso lateral de coxa direita (5) dissecção por planos (6) hemostasia (7) redução aberta fratura (8) fixação com placa DCS 95° + parafusos (9) limpeza com SF 0,9% (10) revisão hemostasia (11) aproximação de partes moles (12) curativo

Roceldo Rego MÉDICO ORTOPEDISTA CRM-PI 3531

Mod. 76 HUT

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE: Teresa Maria de Jesus		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. ou APT	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE

DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES (RELATÓRIO DE ENFERMAGEM)
	# Fratura supracondiliana fêmur D			Às 02h admitida no Posto 02 procedente da sala de
28/08/16	1. DIETA LIVRE — OBS: HAS (Visto Nutricionista Jucianne Marinho CRN/PI 10537)			ortopedia. Consciente, orientada,
	2. SG5% 500ML +SF0,9% 500ML EV EM 12H		12	queixa, eupneica. Algia em MSE
	3. DIPIRONA 2ML+AD EV 6/6H		04 · 06	(clavícula) e perna D (fêmur).
	4. ~~TENOXICAM 20MG 1 AMP DIL EV 12/12H~~		04	Nega alergias. Refere ser
	5. ~~TRAMADOL 100MG DIL EV 12/12H SOS~~			hipertensa.
	6. CCGG		06	
	7. Losartana 50 mg - 1 cp, VO, 12/12h			
	8. Captopril 25 mg - 2 cp, VO, se PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 110 mmHg			
	9. SSVV			

Dr. Thulio Cunha
MÉDICO
CRM-PI 6243

Yara Maria Ra...
ENFERM...
COREN-PI ...

CONFERE ... ORIGINAL
... 01/09/1...
SERVIDOR: ...

Documentacao medico - hospitalar

287255

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-070 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 29/08/2016 21:17:08

Ortopedia

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS		**Prontuário:** 417647	
Mãe: ANA RODRIGUES DA SILVA		**Pai:**	
End.Resid.: RUA BOM JESUS 3311 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 09/10/1936	**Idade:** 79a:10m:19d	**Sexo:** Feminino	**Fone:** 86-99525-2481
Responsável: PATRICIA DA SILVA		**CNS:** 706802716507429	
Profissão: APOSENTADA		**Documento:** CPF: . . -	
G. Instrução: Não alfabetizado		**E.Civil:** Casado(a)	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 565830	**Data:** 28/08/2016 21:11:07	**Condução:** AMBULANCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE)		**Convênio:** S U S
Acid.Trab.: Não	**Acid. Trajeto:** Não	**Acid. Trab. Típico:** Não — **CID Secundario:** V099

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	**Evento Principal:**	**Destino:**	**Classificação:**
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor moderada	ORTOPEDISTA	**Amarelo**

Breve História:
PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTOCICLETA APRESENTANDO FRATURA EM PERNA DIREITA E REFERE DOR EM OMBRO ESQUERDO E CEFALEIA DEVIDO TER BATIDO A CABEÇA ANTERIORMENTE NA MESMA, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Profissional Clas. Risco: AURICELIA FERNANDES TEIXERA
COREN 166059
Em: 28/08/2016 21:16:26

HUT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME: crânio
DATA: 28-08-16 as 23:45h
TECNÓLOGO

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ___:___)

Politrauma - Refere dor em Membro... Aguardo ... de NCR, CG

PA ___ X ___ mmHg | Pulso: ___ | FC: ___ bpm | Temp.: ___

Diagnóstico inicial: | CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Fratura supracondiliana fêmur D

Dr. Rafael Levi Louchard S. da Cunha
Médico do Esporte
CRM: 3807 SBOT: 12983
Trauma do Esporte e Artroscopia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo

HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, ___
SERVIDOR: ___

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: / / HORA: :

Se Internação, Indique o Procedimento e CID
0408050624 — S72.4
Procedimento — CID

Dr. Rafael Levi Louchard S. da Cunha
Médico do Esporte
CRM: 3807 SBOT: 12983
Trauma do Esporte e Artroscopia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo

Patricia da Silva Sousa Medeiros
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico

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

Imp: 29/09/2016 21:17:39
(ANICELIA TEIXEIRA)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS	Prontuário: 417647
Mãe: ANA RODRIGUES DA SILVA	Pai:
End.Resid.: RUA BOM JESUS 3311 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI - CEP: 64000-010	
Nascimento: 09/10/1936 Idade: 79a:10m:19d	Sexo: Feminino Fone: 86-99525-2481
Responsável: PATRICIA DA SILVA	CNS: 706802716507429
	Documento: CPF:
Profissão: APOSENTADA	
G. Instrução: Não alfabetizado	E.Civil: Casado(a)
End.Local.: - - -	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 565830	Data: 28/08/2016 21:11:07	Class. Cor: Amarelo
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 28/08/16 __:__ ESPECIALISTA: Cir Geral

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: Pct. vítima de politrauma. Refere ter batido a cabeça e evoluído com vômitos. Segue estável. Glasgow: 15 possui sutura em MIE.

Pct. liberado da cir. geral.

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__ __:__

NCE

Avaliado do ponto de vista cirurgia geral

Sem sinais de lesão neurológica

CD: sem conduta NCE

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/____ __:__ ESPECIALISTA:

HUT SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA PI 05/09/16
SERVIDOR

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:

Fratura supracondiliana fêmur D

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__ __:__

~~94080556 84~~ 5724

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

HUT

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Tereza Maria de Jesus Alves Medeiros

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 417647

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO – SAME

O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS.

FMS
Fundação Municipal de Saúde

SUS

SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade H. Buenos Aires	Para Unidade HUT
Paciente Teresa Maria de Jesus A. Medeiros	Registro

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Paciente vítima de atropelamento por moto evolui com dor em coxa D. Rx de coxa: fx de fêmur distal solicito avaliação e conduta ORTOPÉDICA. Gratos

HD.

Data 28/08/16	Simone Fontenele Cirurgiã Geral Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

FICHA DE RETORNO

Da Unidade	Para:

DIAGNÓSTICO

HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, PI 05/09/19
SERVIDOR:

Data __/__/__	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

OBSERVAÇÃO:

Fls. Nº
Proc. Nº
Rubrica

FMS
PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 03/09/16

NOME DO PACIENTE: Sousa Maria L. A. Medeiros	PRONTUÁRIO Nº:
DIAGNÓSTICO: fratura de [illegible]	CIRURGIA: Osteossíntese
ANESTESIA:	Nº DA SALA:
CIRURGIÃO: Dr. Wilanildo	CPF Nº:
AUXILIAR: Dr. Roceldo	CPF Nº:
ANESTESIA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: [illegible]	CPF Nº:

Dr. Wilanildo L. Costa CRM-PI 4740 CRM-MA 6553 TEOT 13053
Rocelido Rego MÉDICO ORTOPEDISTA CRM-PI 3331

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº 6,5; 7,0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 8,0; 7,5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	60	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			[illegible]		02	

FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO
CAT. GUT. SIMPLES C/AG			
CAT. GUT.SIMPLES S/AG.			
CAT. GUT. CROMADO C/AG			
CAT. GUT. CROMADO S/AG			
ALCOFIL			
MONONYLON 3.0		02	
FITA UMBILICAL			
VICRYL		02	
PROLENE			

OCORRÊNCIA

HUT-GAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, PI 05/09/1[illegible]
SERVIDOR:

ENFERMARIA:

CIRCULANTE: [illegible]

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente: Tereza Maria de Jesus Alves Medeiros

Diagnóstico pré-operatório: Fratura de 1/3 fêmur distal (D)

Operação - Tipo: Osteossíntese

Cirurgião: Dr. Wilanildo — Dr. Wilanildo L. Costa CRM-PI 4740/CRM-MA 6663 TEOT: 13063

1º Assistente: Dr. Roceldo — Roceldo Rego MÉDICO ORTOPEDISTA CRM-PI 3531

2º Assistente:

3º Assistente:

Instrumentador(a):

Anestesista:

Anestesia:

Anestésico(a):

Data da Operação: 03.04.16

Início:

Fim:

Diagnóstico Pós-operatório: O mesmo

Relatório Imediato do Patologista:

HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, PI 05/08/16
SERVIDOR:

Acidente Durante a Operação: procedimento sem intercorrências, apresentando apenas quebra do parafuso (broca perdida) na região distal do fêmur D.

Dr. Wilanildo L. Costa CRM-PI 4740/CRM-MA 6663 TEOT: 13063

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

1) paciente DDH sob anestesia 2) assepsia + antissepsia 3) colocação de campos estéreis 4) acesso lateral de coxa direita 5) dissecção por planos 6) hemostasia 7) redução aberta fratura 8) fixação com placa DCS 95° + parafusos 9) limpeza com SF 0,9% 10) revisão hemostasia 11) aproximação de partes moles 12) curativo

Roceldo Rego MÉDICO ORTOPEDISTA CRM-PI 3531

Mod. 76 HUT

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	Teresa Maria de Jesus	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. ou APT	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE

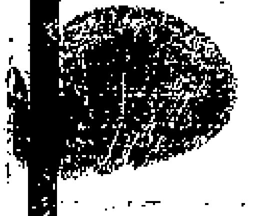
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
	# Fratura supracondiliana fêmur D			
28/08/16	1. DIETA LIVRE — OBS HAS (Visto Nutricionista Jucianne Marinho CRN/PI 10537)			Às 02h Admitida no Posto
	2. SG5% 500ML + SF0,9% 500ML EV EM 12H			02 procedente da sala de
	3. DIPIRONA 2ML+AD EV 6/6H		12	ortopedia, paciente orientada,
	4. TENOXICAM 20MG 1 AMP DIL EV 12/12H		24 · 06	queixa-se, eupneica. Algia em MSE
	5. TRAMADOL 100MG DIL EV 12/12H SOS		24	(clavícula) e perna D (joelho)
	6. CCGC			Nega alergias. Sabidamente
	7. losartana 50 mg – 1 cp, VO, 12/12h		06	hipertensa. [assinatura] Yara Maria R. ENFERM. COREN-PI
	8. Captopril 25 mg – 2 cp, VO, se PAS ≥			
	160 e/ou PAD ≥ 110 mmHg			
	9. SSVV			
	Paulo Cunha MÉDICO CRM-PI 6243			

MOD 007 - HUT

Documentos de Identificação

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



NÃO ALFABETIZADO
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 333.978 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/03/12

NOME
TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS

FILIAÇÃO
ANA RODRIGUES DA SILVA

NATURALIDADE
PARNAÍBA-PI

DATA DE NASCIMENTO
09/10/1936

DOC. ORIGEM
CERT. CASAM. 19 [illegible]
EXP PARNAÍBA-PI 14/09/61

TERESINA - PI
327.526.793-00

ASSINATURA DO DIRETOR

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

Cartão do Usuário

SUS

Cartão Nacional de Saúde

706 802 716 507 429

Nome

TEREZA MARIA DE JESUS A. MEDEIROS

09/10/1936

Documentos de Identificacao

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

NÃO ALFABETIZADO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 333.978

DATA DE EXPEDIÇÃO 21/03/12

NOME

TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS

FILIAÇÃO

ANA RODRIGUES DA SILVA

NATURALIDADE

PARNAÍBA-PI

DATA DE NASCIMENTO

09/10/1936

DOC. ORIGEM

CERT.CASAM. 19-L 10 F 11

EXP PARNAÍBA PI 14/0976[illegible]

TERESINA - PI

327.526.793-00

ASSINATURA DO DIRETOR

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

Cartão do Usuário

SUS

[illegible] Nacional de Saúde

706 802 716 507 429

Nome

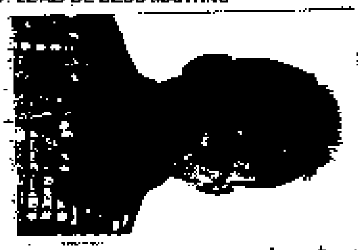
TEREZA MARIA DE JESUS A MEDEIROS

09/10/1936

Documentos de identificacao

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Francisco das chagas Alves Medeiros
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 982.918 DATA DE EXPEDIÇÃO 20/12/18

NOME FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES MEDEIROS

FILIAÇÃO TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS
VALDEMAR FERREIRA DE MEDEIROS

NATURALIDADE PARNAÍBA-PI DATA DE NASCIMENTO 24/03/1969

DOC. ORIGEM CERT.CASAM. 3270 L 9B F 129
EXP TERESINA-PI 13/12/94

CPF 349.787.043-91

Francisco das Chagas Pinheiro Martins

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

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

PIAUÍ

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

Identificação do Laudo:

Código:	Tipo:	Requerente:	Cidade:	
109340	L. CORPORAL-ACID.	DELEGACIA DE ACIDENTES	TERESINA-PI	
Data Requisição:	Remeter para:		Data Exame:	Hora Exame:
23/05/2018	O mesmo(a)		23/05/2018	12:00
Local Exame:			Emissão do Laudo:	
I.M.L.			23/05/2018 11:59:42	

Identificação do Periciando:

Código:	Nome:	Nacionalidade:	Cor:
90912	TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS	Brasileira	PARDA

Laudo do IML - Lesões corporais

Dt. Cadastro:	Endereço:
23/05/2018	RUA BOM JESUS Nº 3311 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI

Mãe:	Pai:
ANA RODRIGUES DA SILVA	NÃO DECLARADA

CPF:	RG:	Registro Nascimento:
. . -	935.978-SSP-PI	

Profissão:	Nascimento:	Idade(anos):	Sexo:	Estado Civil:
DOMÉSTICA	09/10/1936	81	F	Casado(a)

L A U D O:

P R E Â M B U L O: No dia, hora e local acima referidos, os peritos designados pelo Ilustríssimo Coordenador Estadual do Instituto de Medicina Legal "Gerardo Vasconcelos", IMLGV, André Biondi Ferraz - CRM 4466 - PI, nos termos do art. 178 do Código de Processo Penal, para procederem ao Exame de Corpo de Delito descrito acima do periciando também já qualificado. Em face do que viram e observaram passaram a descrever com verdade e com todas as circunstâncias o que encontraram e, bem assim, esclarecerem tudo quanto possa interessar. H I S T Ó R I C O: Pericianda refere que em 08/2016, sofreu acidente de trânsito (atropelada por motocicleta), lesionando-se em coxa direita. Foi socorrido por populares e levado para o Hospital do Buenos Aires e encaminhado ao Hospital HUT, onde foi submetido a cirurgia . Traz consigo os seguintes documentos: a) Boletim de Ocorrência nº 100203.001492/2018-56, em que se narra as circunstâncias de fato; b) Atestado Médico (Dr. Rocaldo Neves CRM 3531), datado de 18/04/2018, que refere tratamento de fratura de fêmur com dor e claudicação como sequela. DESCRIÇÃO: Periciando auto e alopsiquicamente orientado, apresentando as seguintes lesões: a) cicatriz cirúrgica em face lateral de terço médio e distal da coxa direita . DISCUSSÃO: As lesões observadas apresentam nexo de temporalidade e causalidade com o histórico, tendo decorrido de ação contundente. Tais lesões ocasionaram incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias e não resultaram déficit funcional de membro. CONCLUSÃO: Fratura de femur direito (consolidada). RESPOSTA AOS QUESITOS FORMULADOS: 1) Houve ofensa à integridade física ou a saúde do examinado? Resp.: Sim 2) Qual o instrumento ou meio que a produziu? Resp.: De ação contudente 3) Tais lesões poderão ter sido provocadas por acidente de tráfego? Resp.: Sim 4) Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função? Resp.: Sim, resultaram incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias. 5) Resultará incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou perda ou inutilidade de membro, sentido ou função ou deformidade permanente? Resp.: Não 6) Outros dados julgados úteis? Resp.: Não Nada mais havendo, deu-se por findo o presente laudo, que lido e achado conforme, vai devidamente assinado. //////

CARLOS ROGÉRIO NOGUEIRA DOS SANTOS
Perito Médico Legal - CRM 3135 - PI

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Perito Médico

NÃO NECESSÁRIO
Art. 159 - Código de Processo Penal
Lei 11.690/2008

Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia de Repressão aos Crimes de Trânsito-DRCT
CARTÓRIO
Certifico que a presente cópia confere com
a original. O referido é verdade e dou fé.
Teresina(PI), 18.06.18
Escrivão de Polícia Civil
Matrícula:
José Wilson Ferreira de Sousa
Escrivão de Polícia - Mat. 066665-2

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA
DELEGACIA GERAL DA POLICIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO-DRCT

REQUISIÇÃO DE EXAME DE LESÃO CORPORAL

Senhor Diretor,

Requisito de V. Sª que proceda a Exame de Corpo de Delito (Lesão Corporal Culposa) na pessoa de Tereza Maria De Jesus Alves Medeiros
naturalidade Parnaíba-PI profissão do lar
Data de Nasc. 09 / 10 / 1936 estado civil casada
Endereço Rua Bom Jesus, nº 3311, Bairro Buenos Aires, Teresina Piauí

Filiação Ana Rodrigues Da Silva

R.G.: 333.978 - SSP/PI ,CPF. 327.526.793-00

OBS: Cópias do Prontuário Médico, Boletim de Ocorrência e documento de identificação.

Na oportunidade, formulo os seguintes quesitos:

1 – Houve ofensa à integridade física ou à saúde do paciente?
2 – Qual o instrumento ou meio que a produziu?
3 – Tais lesões poderão ter sido provocadas por acidente de tráfego?
4 – Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função?
5 – Resultará incapacidade permanente para o trabalho, ou deformidade incurável, ou perda ou inutilidade de membro, sentido ou função ou deformidade permanente?
6 – Há outros dados julgados úteis a fornecer?

Teresina (PI), 24 de outubro de 2016.

Atenciosamente

[signature]

DPC Cassandra de Moraes Sousa Nunes
Delegada de Polícia Civil
Matrícula: 104.574-2

Ao
Ilustríssimo Senhor
Coordenador do Instituto Médico Legal
Nesta.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0247392/18

Vítima: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS — Data do Acidente: 28/08/2016

CPF: 327.526.793-00 — CPF de: Próprio Titular do CPF: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

Outros

TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS : 327.526.793-00
Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue	**Responsável pelo cadastramento na seguradora**
Data da entrega: 04/07/2018	Data do cadastramento: 06/07/2018
Nome: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS	Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF/CNPJ: 327.526.793-00	CPF: 068.500.787-12

TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS — Patricia Aleixo Silva

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder • DPVAT

COBERTURA SOLICITADA

( ) MORTE (X) INVALIDEZ PERMANENTE ( ) DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Tereza Maria de Jesus Alves Medeiros

DATA DO ACIDENTE 28 / 08 / 2016 POSSUI CPF (X) SIM ( ) NÃO Nº CPF 327.526.793-00

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

( ) Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
( ) CPF do Representante Legal (cópia simples)
( ) Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, neste formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

(X) **Registro de Ocorrência Policial** – original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não
(X) **Documentos médicos/hospitalares** que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
( ) Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
(X) Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não
( ) Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
( ) Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
(X) **Documento de identificação da vítima** (cópia simples)
(X) **CPF da vítima** (cópia simples)
(X) **Comprovante de residência em nome da vítima** (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
(X) **Autorização de pagamento** (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

( ) **Registro de Ocorrência Policial** – original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não
( ) **Documentos médicos/hospitalares** que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
( ) Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
( ) **Comprovantes das despesas** (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
( ) Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
( ) **Documento de identificação da vítima** (cópia simples)
( ) **CPF da vítima** (cópia simples)
( ) **Comprovante de residência em nome da vítima** (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
( ) **Autorização de pagamento** (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

( ) **Registro de Ocorrência Policial** – original ou cópia autenticada ( ) Sim ( ) Não
( ) **Certidão de óbito da vítima** - cópia autenticada: ( ) Sim ( ) Não
( ) Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
( ) **Documento de identificação da vítima** (cópia simples)
( ) **CPF da vítima** (cópia simples)
( ) **Documento de identificação de todos os beneficiários** (cópia simples)
( ) **CPF de todos os beneficiários** (cópia simples)
( ) **Comprovante de residência dos beneficiários** (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
( ) **Autorização de pagamento** para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
( ) Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ( ) Sim ( ) Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)
( ) Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
( ) Declaração de Cônjuge (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)
( ) Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)
( ) Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
( ) Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
( ) Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
( ) Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))
( ) Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
( ) Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))
( ) Declaração de Únicos Herdeiros (original)
( ) Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
( ) Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
( ) Outros Documentos apresentados: ____________

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS
Quem é o portador? (X) Vítima ( ) Beneficiário ( ) Representante Legal - CPF do portador 327.526.793-00
E-mail ____________ Telefone (86) 98896-4404
Data 22/06/2018 Assinatura ____________

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC CENTRAL
Atendente MARCELO PICKAMPAZZO Matrícula 833478
Data 22/06/2018 Assinatura: [assinatura]

De: Jose Carlos
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33
Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>
Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>
Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, **em medida extrema exceção**, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa **medida de exceção é válida** somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros

Seguradora LÍDER

Rua da Assembleia, 100 – 21° andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18
Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>
Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,
Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286

Seguradora LÍDER

www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21° andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros

ASL-0247392/18

Número do Sinistro: 3180311585

Vítima: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIR

Data do acidente: 28/08/2016

CPF: 327.526.793-00

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS : 327.526.793-00

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 11/09/2018	Data do cadastramento: 11/09/2018
Nome: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS	Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 327.526.793-00	CPF: 024.208.707-86

TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS

Alexandre Tavares Belfort

Seguradora **LÍDER**

Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS

Nº Sinistro: 3180311585
Vitima: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS
Data do Acidente: 28/08/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro 3180311585.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de ATÉ R$ 13.500,00, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13078143

AP

TERESINA - PI, 31 DE JULHO DE 2018

Aos cuidados de: SEGURADORA LIDER - DPVAT

N: sinistro: 3180311585 ——— 0800

vitima: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS

Data do acidente: 28/08/2016

cobertura: INVALIDEZ

Assunto: Ratificação de endereço

Senhor(a).

Em resposta ao aviso de sinistro de numero 3180311585.

Em conformidade com o sinistro detactado, enviamos em anexos os seguintes documentos:

1 - comprovante de endereço

2 - A cópia da certidão de casamento (comprovando que o endereçador é esposo da referida cliente).

SEGURADORA LIDER DPVAT

98866 - 4344 →

Teresina (PI) 17 de Agosto de 2018

Francisco dos Chagas Alves Medeiros
RG 982.918 SSP/PI

Remetente

Teresa Maria de Jesus Alves Medeiros
Rua Bom Jesus nº 3311
B. Buenos Aires CEP: 64009-230
Teresina - PI

21 AGO 2018
TERESINA/PI

Destinatário

Seguradora Líder. DPVAT
Caixa Postal 40.970
CEP: 20.270-971
www.seguradoralider.com.br
Rio de Janeiro - RJ

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0278667/19

Vítima: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIR

Data do acidente: 28/08/2016

CPF: 327.526.793-00

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES MEDEIROS : 349.787.043-91

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

TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS : 327.526.793-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/08/2019
Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES MEDEIROS
CPF: 349.787.043-91

FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES MEDEIROS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/08/2019
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

ANDREZA ALVES DA CUNHA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0247392/18

Número do Sinistro: 3180311585

Vítima: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIR

Data do acidente: 28/08/2016

CPF: 327.526.793-00

CPF de: Próprio

Titular do CPF: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS : 327.526.793-00

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 11/09/2018 Nome: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS CPF: 327.526.793-00	Data do cadastramento: 11/09/2018 Nome: Alexandre Tavares Belfort CPF: 024.208.707-86
TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS	Alexandre Tavares Belfort

Seguradora LÍDER Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS**

Nº Sinistro:	**3180311585**
Vitima:	**TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS**
Data do Acidente:	**28/08/2016**
Cobertura:	**INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180311585.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ** R$ 13.500,00, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.b**r ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13078143

Pag. 00197/00198 - carta_01 - INVALIDEZ

00020099

Seguradora LÍDER Administradora do Seguro DPVAT

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

Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190479260

Vítima: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS

Data do Acidente: 28/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00351/00352 - carta_01 - INVALIDEZ

00030176

Carta nº 14735369

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

Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190479260 **Vítima: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS**

Data do Acidente: 28/08/2016 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT , com preenchimento completo e sem rasuras, com assinatura a rogo de pessoa indicada pela vítima/beneficiário não alfabetizado e de 02 (duas) testemunhas, com a impressão digital do não alfabetizado, pois o entregue não atende a essas orientações. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência emitido nos últimos 180 dias, pois o entregue está desatualizado.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01235/01236 - carta_03 - INVALIDEZ
00060618

Carta nº 14735498

Autorização de pagamento

Seguradora LÍDER

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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	327.526.793-00	TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS		CPF titular da conta: 327.526.793-00	Profissão: DO LAR
Endereço: RUA BOM JESUS		Número: 3311	Complemento:
Bairro: BUENOS - AIRES	Cidade: TERESINA	Estado: PIAUI	CEP: 64.009-230
Email:			Telefone (DDD): (86)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

- [x] BRADESCO (237)
- [ ] BANCO DO BRASIL (001)
- [ ] ITAÚ (341)
- [ ] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0405	7	0111178	7

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

[ ] CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome: TEREZA MARIA DE JESUS A. MEDEIROS NRO:

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0405	7	0111178	7

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

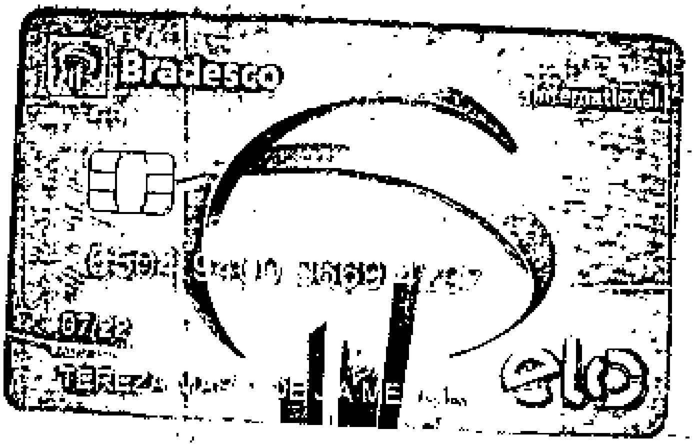
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

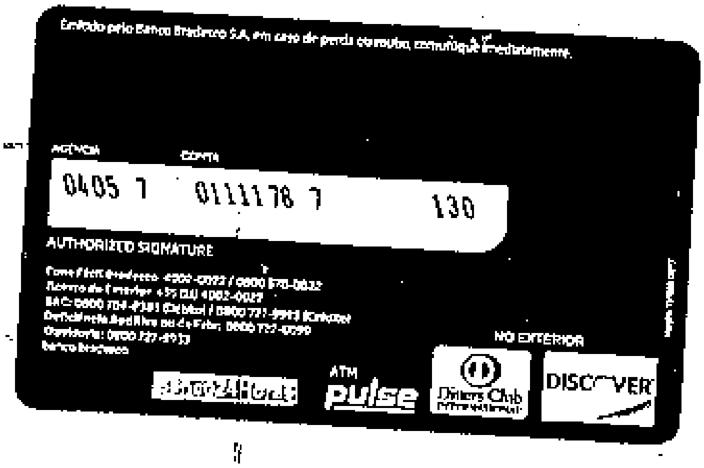
Teresina, 24 de Abril de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal


Bradesco
international
elo


Emitido pelo Banco Bradesco S.A. em caso de perda ou roubo, comunique imediatamente.
0405 7
0111178 7
130
AUTHORIZED SIGNATURE
NO EXTERIOR
ATM
pulse
Diners Club

Autorizacao de pagamento

Seguradora LÍDER

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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	327.526.793-00	TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS		CPF titular da conta: 327.526.793-00	Profissão: DO LAR
Endereço: RUA BOM JESUS		Número: 3311	Complemento:
Bairro: BUENOS - AIRES	Cidade: TERESINA	Estado: PIAUI	CEP: 64.009-230
Email:			Telefone (DDD): (86)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)
AGÊNCIA NRO: 0405 D/V: 7 CONTA NRO: 0111178 D/V: 7
(Informar dígito se existir)

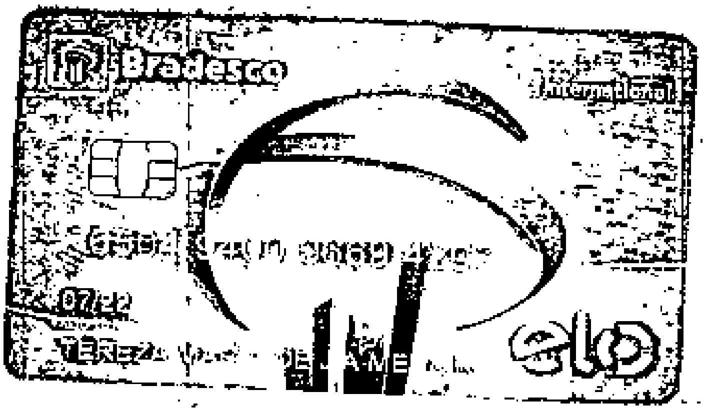
☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
BANCO Nome: TEREZA MARIA DE JESUS A. MEDEIROS NRO:
AGÊNCIA NRO: 0405 D/V: 7 CONTA NRO: 0111178 D/V: 7
(Informar dígito se existir)

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

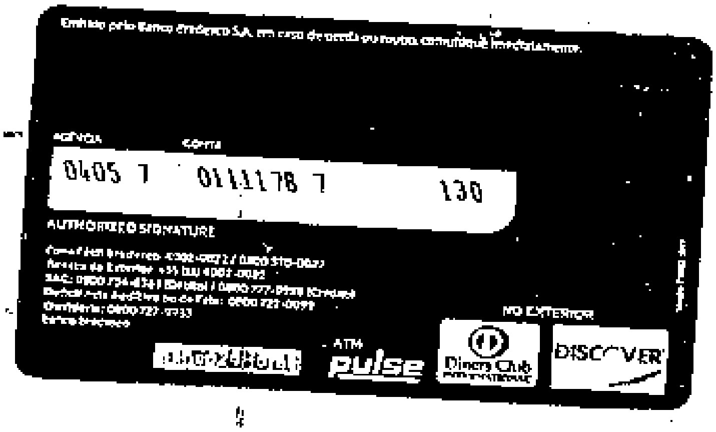
Teresina 24 de Abril de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Bradesco
International
07/22
elo



Emitido pelo Banco Bradesco S.A. em caso de perda ou roubo, comunique imediatamente.
AGÊNCIA
CONTA
0405 7
0111178 7
130
AUTHORIZED SIGNATURE
NO EXTERIOR
ATM
pulse
Diners Club
DISCOVER

NV

Boletim de ocorrencia

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001492/2018-56

Unidade de Registro: DELEGACIA GERAL DE POLICIA CIVIL **Resp. pelo Registro:** Teresinha De Jesus Guimarães Lima Sousa

Data/Hora: 16/05/2018 - 18:07

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora
28/08/2016 - 19:00

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Município
TERESINA

Bairro
BUENOS AIRES

Endereço
RUA BOM JESUS, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS [80 ANOS] Tipo Envolv.: VÍTIMA
RG: 333978
Mãe: ANA RODRIGUES DA SILVA
Pai: IGNORADO
Endereço: RUA BOM JESUS, Nº 3311
Bairro: BUENOS AIRES
Cidade: TERESINA

Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES MEDEIROS Tipo Envolv.: RESPONSÁVEL LEGAL/Noticiante
RG: 982918 SSP PI
Mãe: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS
Pai: VALDEMAR FERREIRA DE MEDEIROS
Endereço: RUA OLÍMPIO COSTA NETO, Nº 3192
Complemento: LOTEAMENTO CIDADE VERDE
Bairro: SAMAPI
Cidade: TERESINA
Telefone(s): 86-8896-4405

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência
1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O DECLARANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL E RELATA QUE SUA MÃE JÁ DEVIDAMENTE QUALIFICADA NESTE BO, SAIU DE CASA PARA UM COMÉRCIO EM FRENTE, E AO TENTAR ATRAVESSAR A RUA, FOI COLHIDA VIOLENTAMENTE POR UM MOTOQUEIRO QUE NÃO SOUBE IDENTIFICAR.DISSE QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR UMA EQUIPE DO SAMU ATRAVÉS DO CHAMADO 436,E LEVADA PARA HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA-HUT.QUE A MESMA SOFREU LESÃO CORPORAL DE ACORDO COM O PRONTUÁRIO DE Nº 417647.AS DECLARAÇÕES AQUI PRESTADAS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE.

Francisco das Chagas Alves Medeiros

Teresinha De Jesus Guimarães Lima Sousa - Mat. 0093408
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES MEDEIROS - Noticiante
Responsável pela Informação

Bel. Riedel Batista dos S. Reinaldo
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 108.624-3

56819300209 L1002 DPVAT 092 04-JUL-2018 15:12 4835535 1/1

Comp. Reg. de Acidentes Declarados

Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU

SAMU 192

Dados do Chamado

01 Nº do chamado: 1ESN1436
02 Data do chamado: 28/08/2016
03 PRO (código): 28618
04 Saída do PA: __ : __
05 Chegada ao local: __ : __
06 Saída do local: 20 : 48
07 Chegada ao 1º. hospital: 21 : 10
08 Saída do 1º. hospital: __ : __
09 Chegada ao 2º. hospital: __ : __

Local da Ocorrência

10 Endereço: Transp. do HGBA
11 Bairro: BA
12 Município-UF: TER. Código IBGE: 221100
13 Ponto de referência:

Dados do Paciente

14 Nome: Teresa Ma de Jesus A Medel
15 Sexo: 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado [2]
16 Idade: 09.10.36 — 1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano 9 - Ignorado — Se idade ignorada, preencha com 999
17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado [ ]

Tipo de Ocorrência

18 Tipo de ocorrência [11]
01 - Acidente de transporte
02 - Agressão física-espancamento
03 - Agressão física-FAF
04 - Agressão física-FAB
05 - Urgência psiquiátrica
06 - Tentativa de suicídio
07 - Envenenamento
08 - Afogamento
09 - Queimadura
10 - Choque elétrico
11 - Queda
12 - Urgência clínica
13 - Urgência obstétrica
14 - Transferência
15 - Exames complementares
16 - Outros
17 - Já removido
18 - Falso chamado

Acidente de Transporte

19 Vítima [ ]: 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado
20 Meio de locomoção [ ]: 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado
21 Outra parte envolvida [ ]: 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado
22 Equipamentos de segurança: [ ] Capacete [ ] Airbag [ ] Cinto de segurança [ ] Assento para criança

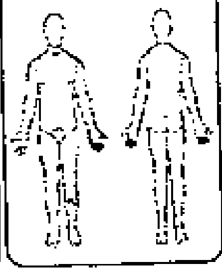
Exame Físico

23 Glasgow = [15]

ABERTURA OCULAR: 4-Espontânea 3-À voz 2-À dor 1-Nenhuma
RESPOSTA VERBAL: 5-Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma
RESPOSTA MOTORA: 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum

24 Sinais Vitais: Pulso ____ Resp. ____ PA ____ TAX ____ Sat02 ____

25 Local da lesão



26 Pupilas [1]: 1 - Iguais 2 - Desiguais
27 Pulso: Radial [1] Central [ ] — 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente
28 Sangramento [2]: 1 - Sim 2 - Não
29 Dor [7] — ESCALA DE DOR DE 0 A 10: 0 Sem Dor [ ] — Leve — 3 — Moderada — 7 — Intensa — 10
30 Fratura 1 - Sim [ ] Exposta [ ] Fechada 2-Não 3-Suspeita [ ]

HUT-SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, PI 05/09/16
SERVIDOR:

Assistência

31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)
[ ] Aspiração [ ] Oxigênio [ ] Curativos
[ ] Prancha longa/curta [ ] Colar cervical [ ] Kred
[ ] Imobilização de extremidades [ ] Reanimação cardiopulmonar [ ] Assistência obstétrica
[ ] Glicemia ____ [ ] Acesso Venoso [ ] Medicamentos a) ____ b) ____ c) ____

[ ] Não Removido

Hospital de Destino

32 Hospital de Destino: HUT
33 Condições de entrada [ ]: 1-Melhorado 2-Piorado 3-Inalterado
34 Óbito: 1-Sim 2-Não — [ ] Antes do socorro [ ] Antes do transporte [ ] Durante o transporte

Observações Interdisciplinar

Pcte vítima de atropelamento prévio
evolui com dor em coxa D e ombro E.
Primeiro atendimento realizado no HGBA
transf para avaliação ortopédica.

Responsável pela recepção: [assinatura]

Socorristas
Médico: Francisco Mario da Silva
AE/TE: Assist. Tés. de Saúde [assinatura]
Enfermeiro:
Condutor: [assinatura]

Versão: 27.11.2011

Comprovante de residência -

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS,

RG nº 333.978, data de expedição 21/03/12, Órgão SSP/PI,

CPF nº 327.526.793-00, 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 de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	BOM JESUS
Número	3311
Apto / Complemento	
Bairro	BUENOS - AIRES
Cidade	TERESINA
Estado	PIAUI
CEP	64009-230
Telefone de Contato	(89) 3214-3160
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: TERESINA (PI). 24 DE ABRIL DE 2018

Assinatura do Declarante: ______________________

Eletrobras
Distribuição Piauí

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO: 0074537-5

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.381-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Impressão autorizado pela SEFAZ

Nº da Nota Fiscal: 004610442

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
ABRIL/2018	25/04/2018	92	76,36

ALBERTO ALVES DE MEDEIROS
R. BOM JESUS 3311 MEMORARE
CPF: 00015089312320
CEP: 64.009-230 - TERESINA

ROT: 12.001.37.52.140000

DADOS DA LEITURA	kWh	
Atual:	3818	
Anterior:	3726	
Constante de Multiplicação:	1,000	
Consumo Medido:	92	
Consumo Faturado:	92	FCAM

DATAS DA LEITURA	
Atual:	18/04/2018
Anterior:	19/03/2018
Próxima Leitura:	17/05/2018
Emissão:	17/04/2018
Apresentação:	18/04/2018

NORMAL 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A004186		1.1.1.1	172

HISTÓRICO kWh

Mês/ano	consumo
MAR/18	115
FEV/18	97
JAN/18	103
DEZ/17	133
NOV/17	98
OUT/17	215
SET/17	73
AGO/17	53
JUL/17	46
JUN/17	122

TARIFA SEM TRIBUTOS:
B A 92 - 0,554298

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO 92 A R$ 0,747255 =	68,74
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	6,11
CORRECAO MONETARIA IG 03/18-00	0,01
MULTA POR ATRASO 03/18-00	1,31
JUROS DE MORA DE IMPO 03/18-00	0,19

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

DEBITOS JA REAVISADOS:

Mes/Ano	Valor R$
05/2017	556,65

======== AVISO DE DEBITOS VENCIDOS ========
Informamos existir(em) débito(s) vencido(s) no valor de R$ XXXXXX556,65 (sem acréscimos legais) até esta data. Caso o(s) débito(s) já tenha(m) sido pago(s), procurar uma loja de atendimento da Eletrobras Distribuição Piauí com o(s) comprovante(s) de pagamento.

"ALIQUOTA DE ICMS COM REAJUSTE DE 2%, CONFORME DECRETO N 17.583, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2017."
LIGUE 0800 086 0800 E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO: 2F30.F562.2D0E.5203.536C.FECD.F44C.1A2E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$	
Distribuição:	14,56
Energia:	27,67
Transmissão:	4,35
Encargos:	4,40
Tributos:	17,76

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R$	
Base de Cálculo:	68,74
Alíquota ICMS:	22,00%
Valor do ICMS:	15,12
Valor do PIS:	0,47
Valor do COFINS:	2,17

INDICADORES DE CONTINUIDADE

5,31 10,63 21,25 3,24 6,48 12,95 3,03
0,00 0,00 0,00

TERESINA-MARQUES 02/2018 28,29

Comprovante de residencia -

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS,

RG nº 333.978, data de expedição 21/03/12, Órgão SSP/PI,

CPF nº 327.526.793-00, 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 de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	BOM JESUS
Número	3311
Apto / Complemento	
Bairro	BUENOS - AIRES
Cidade	TERESINA
Estado	PIAUI
CEP	64009-230
Telefone de Contato	(89) 3214-3160
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: TERESINA (PI). 24 DE ABRIL DE 2018

Assinatura do Declarante: ______________________

Eletrobras
Distribuição Piauí

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0074537-5

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual 19.301.381-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ

Nº da Nota Fiscal 004610442

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
ABRIL/2018	25/04/2018	92	76,36

ALBERTO ALVES DE MEDEIROS
R. BOM JESUS 3311 MEMORARE
CPF: 00015089312320
CEP: 64.009-230 - TERESINA

ROT: 12.001.37.52.140000

DADOS DA LEITURA	kWh	
Atual:	3818	
Anterior:	3726	
Constante de Multiplicação:	1,000	
Consumo Medido:	92	
Consumo Faturado:	92	FCAM

DATAS DA LEITURA	
Atual:	18/04/2018
Anterior:	19/03/2018
Próxima Leitura:	17/05/2018
Emissão:	17/04/2018
Apresentação:	18/04/2018

NORMAL 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A004186		1.1.1.1	172

HISTÓRICO kWh

Mês/ano	consumo
MAR/18	115
FEV/18	97
JAN/18	103
DEZ/17	133
NOV/17	98
OUT/17	215
SET/17	73
AGO/17	53
JUL/17	46
JUN/17	122

TARIFA SEM TRIBUTOS:
B A 92 - 0,554298

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO 92 A R$ 0,747255 =	68,74
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	6,11
CORRECAO MONETARIA IG 03/18-00	0,01
MULTA POR ATRASO 03/18-00	1,31
JUROS DE MORA DE IMPO 03/18-00	0,19

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

DEBITOS JA REAVISADOS:

Mes/Ano	Valor R$
05/2017	556,65

======== AVISO DE DÉBITOS VENCIDOS ========
Informamos existir(em) débito(s) vencido(s) no valor de R$ XXXXX556,65 (sem acréscimos legais) até esta data. Caso o(s) débito(s) já tenha(m) sido pago(s), procurar uma loja de atendimento da Eletrobras Distribuições Piauí com o(s) comprovante(s) de pagamento.

"ALIQUOTA DE ICMS COM REAJUSTE DE 2%, CONFORME DECRETO N 17.583, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2017."
LIGUE 0800 086 0800 E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 2F30.F562.2D0E.5203.536C.FECD.F44C.1A2E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$	
Distribuição:	14,56
Energia:	27,67
Transmissão:	4,35
Encargos:	4,40
Tributos:	17,76

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R$	
Base de Cálculo:	68,74
Alíquota ICMS:	22,00%
Valor do ICMS:	15,12
Valor do PIS:	0,47
Valor do COFINS:	2,17

INDICADORES DE CONTINUIDADE

5,31	10,63	21,25	3,24	6,48	12,95	3,03
0,00			0,00			0,00

TERESINA-MARQUES 02/2018 28,29