

ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ 21.574.740/000106 - IE 135965574
Av. Odilon Araújo, 1035, Piqueira - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 293 1000 ou 333 / (06) 98124-3139

INSCRIÇÃO 26849356-1 RITUALM 153873535
MÊS/ANO 12/2018

NOME/ENDEREÇO
MORADOR ANTONIA MARIA A FERREIRA
RUA MAL LOT, 5859A-SAO FRANCISCO-TERESINA-PI-cep:64009720

LOCALIZAÇÃO GRUPO NÚMERO DO HORTIFRUTO
016-00038-000135 016 Y10N306307

HISTÓRICO DE CONSUMO	DATA	QUANTIDADE	VALOR
MÊS/ANO TIPO	DATA	QUANTIDADE	VALOR
11/2018 Lido	08	18	
10/2018 Lido	18	18	
09/2018 Lido	02	18	
08/2018 Lido	02	18	
07/2018 Lido	22	18	
06/2018 Lido	22	18	

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TÍPOLOGIA
1 Residencial - Normal

ANTERIOR 24/11/2018 615
ATUAL 22/12/2018 623

CONTADOR 10
VALOR 26,72
COPRIS 26,72

TABELA DE VALORES	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	VALOR
RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO (m³/mês) (N)	VALOR REFERENTE AGUA - 26,72 > Residencial-Normal	26,72
10 18 2.8000 00		
19 22 5.3322 00		
20 26 5.3322 00		

VERBO VENCIMENTO 03/01/2019 TOTAL A PAGAR 26,72

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

mensagem
A ÁGUAS DE TERESINA DESEJA UM FELIZ NATAL E UM PROSPERO ANO NOVO

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº. 11.448/2007, Art. 40, inciso V e n.º 8.067/95, Art. 6º, §8º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS ANALISADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	NÚMERO DE	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	3.122	3.100	22	1.33	0,2-5,0 mg/L
ODOR APARENTE	2.100	2.000	8	2.10	inferior a 15

PJ CORRETORA DE SEGUROS

28 FEV 2019

DPVAT

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: 0800-1596 / 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 Ouvidor: 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 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 COAF².

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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Antônia Claudina Araújo Ferreira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 296.411.498 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Julia Cesar Passos Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 666.117.923-68

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidz da Vítima Julia Cesar Passos Costa

inscrito (a) no CPF sob o Nº 666.117.923-68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ 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: <u>Rua: Marechal Lott</u>	Número: <u>5859A</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Vila São Francisco</u>	Cidade: <u>Teresina</u>	Estado: <u>Piauí</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64009-720</u>	Tel.(DDD): <u>86-99866-9205</u>

Local e Data: Teresina - PE 13 de Fevereiro de 2019

Antônia Claudina Araújo Ferreira

Assinatura do Declarante

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

28 FEV 2019

DPVAT

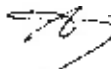
Atendimento: 2605434
Paciente JULIO CESAR PASSOS COSTA
Endereço Q 'G' CASA 04,,RESIDENCIAL TODOS OS SANTOS TODOS OS SANTOS , ,
Data de emissão: 07/01/2019 08:42:45

RECEITA MÉDICA
LAUDO MÉDICO


PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EM
30/JUNHO/18 COM FRATURA DE ACETÁBULO
ESQUERDO, CABEÇA FEMORAL ESQUERDA E PUNHO
ESQUERDO.

SUBMETIDO A OSTEOSINTESE DE FRATURA DE
ACETABULO, CABEÇA FEMORAL E PUNHO ESQUERDO.
EVOLUIU NO POS OPERATORIO TARDIO COM
OSTEONECROSE DE CABEÇA FEMORAL ESQUERDA
POS TRAUMATICA, SENDO ENTÃO SUBMETIDO A
ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL ESQUERDO EM
23/NOVEMBRO/18. APRESENTA LIMITAÇÃO DO ARCO
DE MOVIMENTO EM QUADRIL ACOMETIDO COMO
SEQUELA DEFINITIVA.

CID 10 : S52.5/ S32.4 / M87.9 / M16.9


Antonio Nunes Martins Junior
CRM 3520






Prontomed

PRONTOMED ADULTO

FICHA DE ATENDIMENTO



1904916

Matrícula: 1904916	Dt Internação: 30/06/18 10:19:06	Setor: Sala de Espera - PMA
Paciente: JULIO CESAR PASSOS COSTA		Quarto: ESPERA 01
Nascimento: 11/06/80 38a 19d		Diagnóstico: Enfermaria
Medicamento: MEDPLAN	Telefone: 994618533	
Valor: 195.211,6	Medicamento: 2722.5900.	
Q'G' CASA 04 - RES TODOS OS SANTOS Teresina	CPF: 666.117.923-68	
MARIA DO AMPARO PASSOS COSTA	Nome do Paciente:	
30720095 - Fratura E/Ou Luxações (Incluindo Descolamento Epifisário Cotovelo-Punho) - Tratamento Cirúrgico		
Responsável: MARIA DA GLÓRIA PASSOS COSTA	Funcionário: JENNYFER	
Data: 06/03/1979	CP:	
Observações: CX PLACA VOLAR NORMAL	Tratamento: Cirurgica	
Médico Resp: Dr. Charles de Oliveira Luz (CRM 5131)		

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO E ESCLARECIDO DO PACIENTE

Considerando o artigo 59 do Código de Ética Médica e os artigos 6º III e 39 VI da Lei 8.078 (Código de Defesa do Consumidor), que garante ao paciente informações sobre seu estado de saúde, eu, Maria da Glória Passos Costa, representante legal do (a) paciente Julio Cesar Passos Costa, estando em pleno gozo de suas faculdades mentais, declaro para os devidos fins que fui previamente informado pelo médico, Dr. (a) Charles de Oliveira Luz, CRM () nº 5131, do meu, ou do paciente a qual sou responsável, estado de saúde, diagnóstico e evolução provável da doença.

Também, igualmente, ter sido informado de forma clara sobre a finalidade, os benefícios e os riscos do tratamento e procedimentos a que vou me submeter ou a que vai ser submetido o paciente do qual sou responsável, bem como os efeitos colaterais e outras intercorrências e anormalidades que poderão advir do mesmo.

Procedimentos:

Exemplos: Procedimentos invasivos e/ou cirurgia; Sedação, anestesia ou acompanhamento do anestesista; Transfusão de sangue e componentes.)

Declaro, ainda, estar ciente de que o tratamento a ser adotado não implica necessariamente na cura e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a) desde já a tomar as providências necessárias para tentar solucionar os problemas surgidos, seguindo seu julgamento, bem como uso de hemoderivados e transporte inter-hospitalar se houver necessidade.

Adicionalmente, informo estar ciente de que o Hospital não responde por qualquer objeto e/ou valores dos pacientes e acompanhantes, tendo em vista que todos os apartamentos possuem sua própria chave, sendo, pois, de sua inteira responsabilidade.

Assim sendo, concordo com o referido tratamento e, para tanto, assino o presente documento na presença de testemunhas. No caso de no futuro achar-me incapaz de tomar decisões sobre minha saúde, indico como meu representante legal Maria da Glória Passos Costa, com documento de identidade nº 2.163.031.

Assinatura do paciente ou responsável legal
Maria da Glória Passos Costa
 RG nº: 2.163.031
 Teresina, 30 de junho de 2018.



Declaro para os fins que se fizerem necessários que todos os documentos que me foram solicitados no momento da autorização dos procedimentos hospitalares realizados no Hospital me foram prontamente devolvidos.

Assinatura do paciente ou responsável legal
ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Paciente: JULIO CESAR PASSOS COSTA

Atribuição: 1904916

Especialidade Primária: Ortopedia / Traumatologia


Consultas: MEDPLAN

Especialidade Segunda: Cardiologia

Motivo da Consulta

Paciente 38 anos de idade, obeso, com programação de tratamento cirurgico de fratura de quadril esquerdo para 04/07 as 15h. solicito avaliação pre-op

Data : 03/07/2018 20:02:38


Paulo Wilson da Silva Moura
CRM 5338

Resposta parecer

*PARECER PRE OPERATORIO E RISCO CIRURGICO

*38 ANOS

* NEGA HAS E DIABETES

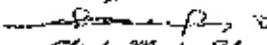
*PA : 120/80 MMHG

* ECG : DESVIO AXIAL ESQUERDO

* AC RR 2T BNF SEM SINAIS DE ESTENOSE

>>>>>>>>>>CLASSE II GOLDMAN

Data : 04/07/2018 09:36:50


Claudio Moura Silva
CRM 2481

PRONTOMED ADULTO

Parecer médico

Paciente JULIO CESAR PASSOS COSTA

Atendimento 1904267

Convênio: MEDPLAN

Especialidade origem Clínica Geral

Especialidade destino Ortopedia / Traumatologia

Motivo da Consulta

paciente, vítima de acidente motociclistico, evolui com dor e limitação funcional de joelho esquerdo e dor em antebraço esquerdo. chega imobilizado.

solicito avliaiação e conduta.
grato.

Data : 30/06/2018 05:44:21

Dr. Thiago do Nascimento Ribeiro
CRM 4960

Dr. Thiago do Nascimento Ribeiro
INFECTOLOGISTA
CRM RJ 4960/MA: 6870

PRONTOMED ADULTO

Parecer médico

Paciente: JULIO CESAR PASSOS COSTA

Atendimento: 1904916

Convênio: MEDPLAN

Especialidade origem: Ortopedia / Traumatologia

Especialidade destino: Cardiologia

Motivo da Consulta

Paciente 38 anos de idade, obeso, com programação de tratamento cirurgico de fratura de quadril esquerdo para 04/07 as 15h. solicito avaliação pre-op

Data : 03/07/2018 20:02:38


Dr. Wilson da Silva Moura
CRM 5338

Dr. Wilson da Silva Moura
CRM 5338
03/07/2018 20:02:38

Impresso em: 30/06/2018 11:58:29

CONSUMO DE MATERIAL EM SALA CIRÚRGICA

JULIO CESAR PASSOS COSTA
 11/06/1980
 38 anos
 Masculino
 MEDPLAN
 27225900
 1904918
 470749

30/06/2018
 Centro Cirúrgico 01 - PMA
 Fratura E/Ou Luxações (Incluindo Descolamento)
 Charles de Oliveira Luz
 Felipe de Sousa Facundo
 30/06/2018 10:50:00
 30/06/2018 11:45:00
 35913

Participantes

Participante	Código prof
Felipe de Sousa Facundo	6048
EDINAR ALVES DOS	967567
Charles de Oliveira Luz	5131
SANDRA MARIA DE SOUSA	600000
Samuel Machado Martins	4530

Topografia	Tamanho
------------	---------

Equipamentos

Quantidade	Profissional	Observação
1	EDINAR ALVES DOS SANTOS COSTA	
1		
1		
1		
1		
1		
1		

Evolução

Liberação	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
30/06/2018 10:50	30/06/2018 11:25	Técnico de		EDINAR ALVES DOS	COREN 967567
PACIENTE ADMITIDO NA S.O PARA TTO CIRURGICO DE FRATURA DE PUNHO POR DR CHARLES ,					
EIO CONSCIENTE,ORIENTADO,FASICO DE MACA SEM EXAMES,NEGA DM,HAS E ALERGIA A					
EDICAMENTOS,INICIO DO PROCEDIMENTO SUBMETIDO ANESTESIA BLOQUEIO+SEDAÇÃO POR DR					
ELIPE FACUNDO,NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM TRANSOPERATÓRIO SEM INTERCORRENCIAS.					
30/06/2018 12:07	30/06/2018 12:09	Técnico de		EDINAR ALVES DOS	COREN 967567
TERMINO DO PROCEDIMENTO REALIZADO SEM INTERCORRENCIAS PCT SEGUE PARA SRPA SOB					
FEITO ANESTESICO CONSCIENTE,ORIENTADO,FASICO PORÉM UM POUCO SONOLENTO EM HV					
JNCIONANTE CATETER DE O2,SSVV NORMAIS PRONTUÁRIO COMPLETO,AOS CUIDADOS DA					
QUIPE DE ENFERMAGEM.					

Eventos

Evento	Profissional	Código prof
Chegada do paciente no (Centro Cirúrgico)	EDINAR ALVES DOS	967567
Entrada do paciente na sala cirúrgica	EDINAR ALVES DOS	967567
Início da Anestesia	EDINAR ALVES DOS	967567
Início do procedimento cirúrgico	EDINAR ALVES DOS	967567
Fim do procedimento cirúrgico	EDINAR ALVES DOS	967567
Encaminhamento para SRPA	Felipe de Sousa Facundo	6048
Término da anestesia		

Procedimentos/Serviços

Médico	Porte	Classificação	Lado
Fratura E/Ou Luxações (Incluindo Descolamento Epifísario Cotovelo-Punho) - Tratamento Cirúrgico	1		

Edinar Alves dos S. Costa
 EDINAR ALVES DOS SANTOS COSTA
 Circulante

CATE105

Descrição Cirurgia

Paciente: JULIO CESAR PASSOS COSTA

Prontuario: 470.749

Dt. Nascto: 11/06/1980 38

Sexo: Masculino

Telefone: 094618533

Parto: Eletiva

Sala: Centro Cirúrgico 01 - PMA

Sol: MEDPLAN

Ob: 30724155

Proced: 30724155 Fratura De Acetábulo (Com Uma Ou Mais Abordagens) - Tratamento Cirúrgico

Cirurgia: 36.121

Prontuario: 1.561.021

Alcance: 1.904.916

Inicio: 04/07/2018 15:50

Termino: 04/07/2018 19:14

Duração: 204

Cirurgião: BRUNO WILSON DA SILVA MOURA

Anestesista: Yanna Christina Nunes Cavalcante

Assistente: Raquidiana

Procedimento: 30724236 - Osteotomias Ao Nível Do Colo Ou Região Trocanteriana (Sugioka, Martin, Bombelli Etc) - Quantidade: 1

Unção	Descrição	Código Participante	CRM	Observação	Assinatura
2	Cirurgião Principal	642 BRUNO WILSON DA SILVA MOURA	5338		
3	Primeiro Auxiliar	567 Antonio Nunes Martins Junior	3520	DR ANTONIO NUNES MARTINS JR. CRTOPEDEIA CIRURGIA DO QUADRIL CRM - RJ 3520 TEND 11835	
4	Segundo Auxiliar	6155 Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho	4369		
5	Anestesista	427926 Yanna Christina Nunes Cavalcante	5035		
6	Instrumentador	109197 EDINAR ALVES DOS SANTOS	967567		
7	Circulante	109192 SÂNDRA MARIA DE SOUSA	100006		

Procedimento: 30724155 - Fratura De Acetábulo (Com Uma Ou Mais Abordagens) - Tratamento Cirúrgico

Quantidade: 1

Unção	Descrição	Código Participante	CRM	Observação	Assinatura
2	Cirurgião Principal	642 BRUNO WILSON DA SILVA MOURA	5338		
2	Cirurgião Principal	6155 Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho	4369	DR ANTONIO NUNES MARTINS JR. CRTOPEDEIA CIRURGIA DO QUADRIL CRM - RJ 3520 TEND 11835	
3	Primeiro Auxiliar	567 Antonio Nunes Martins Junior	3520		
4	Segundo Auxiliar	6155 Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho	4369		
5	Anestesista	427926 Yanna Christina Nunes Cavalcante	5035		
6	Instrumentador	109197 EDINAR ALVES DOS SANTOS	967567		
7	Circulante	109192 SÂNDRA MARIA DE SOUSA	100006		

Procedimento: 30724180 - Fratura E/Ou Luxação E/Ou Avulsão Coxo-Femoral - Tratamento Cirúrgico

Quantidade: 1

Unção	Descrição	Código Participante	CRM	Observação	Assinatura
2	Cirurgião Principal	642 BRUNO WILSON DA SILVA MOURA	5338		
3	Primeiro Auxiliar	567 Antonio Nunes Martins Junior	3520	DR ANTONIO NUNES MARTINS JR. CRTOPEDEIA CIRURGIA DO QUADRIL CRM - RJ 3520 TEND 11835	
4	Segundo Auxiliar	6155 Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho	4369		
5	Anestesista	427926 Yanna Christina Nunes Cavalcante	5035		
6	Instrumentador	109197 EDINAR ALVES DOS SANTOS	967567		
7	Circulante	109192 SÂNDRA MARIA DE SOUSA	100006		

Prontuario Pré-Operatório

Resumo Cirurgia

Prontuario Pós-Operatório

Exame Radiológico

Exame Anatomopatológico

Dados operatórios

Cirurgia

1. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
2. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
3. ACESSO POSTERO LATERAL DE QUADRIL ESQUERDO
4. DISSECÇÃO POR PLANOS
5. OSTEOTOMIA DO GRANDE TROCANTER
6. VISUALIZADO LUXAÇÃO POSTERIOR QUADRIL COM FRATURA DA CABEÇA FEMORAL + FRATURA REBORDO ACETABULAR
7. REALIZADO REDUÇÃO DA FRATURA DA CABEÇA FEMORAL E FIXADO COM 02 PARAFUSOS TIPO HERBERT E 1 CANULADO 3.5
8. REDUÇÃO DA LUXAÇÃO QUADRIL ESQUERDO
9. IDENTIFICADO FRATURA DE ACETABULO ESQUERDO, REBORSO POSTERIOR
10. REALIZADO FIXAÇÃO DO REBORDO COM PLACA TIPO MOLA
11. FIXADO OSTEOTOMIA DO GRANDE TROCANTER COM 02 PARAFUSOS 4.5
12. REALIZADO TESTES DE ESTABILIDADE DO QUADRIL COMPROVANDO ESTABILIDADE
13. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9 %
14. HEMOSTASIA
15. APOSIÇÃO DE DRENO A VACUO N 3.2
16. SINTESE POR PLANOS
17. CURATIVO

Seq. Tipo Tempo

Qt. Minuto Observação


Bruno Wilson da Silva Moura
CRM 5338



Descrição Cirurgia

Nome: JULIO CESAR PASSOS COSTA

Idade: 470.749

Data de Nascimento: 11/06/1980 38

Sexo: Masculino

CPF: 994618533

Estado Civil: Eletiva

Centro Cirúrgico: 01 - PMA

Plano de Saúde: MEDPLAN

Procedimento: 30721189 Fraturas E/Ou Luxações Do Punho - Tratamento Cirúrgico

Procedimento: 30721189 - Fraturas E/Ou Luxações Do Punho - Tratamento Cirúrgico

Ordem	Descrição	Código Participante	CRM	Observação	Assinatura
1	Cirurgião Principal	8398 Charles de Oliveira Luz	5131		
2	Primeiro Auxiliar	91299 Samuel Machado Martins	4530		
3	Anestesista	427926 Yanna Christina Nunes Cavalcante	5035		
4	Instrumentador	88563 CRISTIANE RODRIGUES DE	829214		
5	Circulante	89374 IVENILDE ALVES DA CONCEIÇÃO	234384		

Diagnóstico Pré-Operatório

Resumo Cirurgia

Diagnóstico Pós-Operatório

Exame Radiológico

Exame Anatomopatológico

Achados operatórios

Cirurgia

- 1-paciente em ddh sob bloqueio
- 2-asepsia e antisepsia
- 3-campos estereis
- 4-via de acesso +dissecção por planos
- 5-osteossintese com placa volar
- 6-limpeza com sf
- 7-sutura por planos
- 8-curativo
- 9-immobilização

Seq. Tipo Tempo

Qt. Minuto Observação

CHARLESO

CATE435

Impresso em: 06/07/2018 13:45:18

Página 1

Paciente **JULIO CESAR PASSOS COSTA**

Atendimento **1.904.916**

Data Nasc. **11/06/1980** **38** Anos

Prontuário **470749**

Sexo **M**

Convênio **MEDPLAN**

Telefone **994618533**

Dt. Prevista **06/07/2018 13:07**

Procedimento Principal **Fraturas E/Ou Luxações Do Punho - Tratamento**

Data Real **06/07/2018 13:07**

Médico Cirurgião **Charles de Oliveira Luz**

Duração **60**

Médico Anestesiologista **Yanna Christina Nunes Cavalcante**

Cirúrgia Nº **38265**

Medicamentos	Unidad. Modid.	Quantidade
Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL	amp	1
Bextra Inj. Fa (40mg)	FA	1
Cloridrato de Ranitidina Inj. Ap (25mg/ml - 2ml)	amp	1
Dexametasona 4mg/ml Inj. (FA 2,5ml)	FA	1
Dipirona Sódica Inj. Ap (500mg/ml-2 mL)	amp	2
Fentanil Espinhal 0,05 mg/mL Inj. Ap - 2 mL	amp	1
Fentanila 50 mcg/mL Inj. Ap - 10 mL	ml	1
Lidocaína 2% C/V INJ (FR 20MG-20ML)	ml	20
Lidocaína 2% S/V Inj. (FR 20 MG-20 ML)	ml	20
Midazolam 5 mg/mL Inj. Ap-3 mL	amp	1
Naropin Inj. (AM 10MG-10ML)	amp	2
Ondansetrona Inj. Ap (4mg - 2 mL)	amp	1
Soro Fisiológico 0,9% Ecoflac Frsc (500 ml)	Fr	2
Materiais	Unidad. Med.	Quantidade
Aguilha Stimuplex A100 G-21x4	un	1
Aguilha 40x12 Desc.	un	2
Atadura Crepom 12cmx1,8mt (Rolo)	Ri	2
Atadura Gessada 10cm X 3,0mt (Rolo)	Ri	3
Atadura Ortopédica 15cmx 1,8mt (Rolo)	Ri	3
Campo Operatório Estéril 25x28cm Pré-Lavado c/5	un	15
Eletrodo Descartável	un	5
Gaze Estéril 7,5x7,5 13 Fios C/ 10 Unds	pct	4
INTROCAN G22X1"	un	1
INTROCAN G24X3/4"	un	1
Lâmina Bisturi N:24 Feather	un	1
Lâmina Bisturi N:24 Feather	un	1
Luva Cirúrgica Estéril 6,5	Par	2
Luva Cirúrgica Estéril 7,0	Par	1
Luva Cirúrgica Estéril 7,5	Par	2
Mononylon 3-0 1171 T	env	2
Pelfix 2 Vias	un	1
SERINGA S/AG.10ML	un	2
SERINGA S/AG.20ML	un	2
Sonda Nasal Tipo Óculos	un	1
Tomeirinha 3 Vias Descartável	un	1
Transofix	un	1
Vicryl 2-0 J351H	env	1

Nome	JULIO CESAR PASSOS COSTA	Idade	1.904.916
Nascido	11/06/1980 38 Anos	CPF	470.749
Sexo	Masculino	Data/Hora	30/06/2018 10:19:06
Telefone	994618533	Convênio	MEDPLAN ENFERMARIA
Nome do Médico	MIGUEL 1		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
17/2018 16:41	Fisioterapeuta	Fisioterapia Evolução		Francisco das Chagas Sousa Junior	CREFITO 116958

EVOLUÇÃO DE FISIOTERAPIA: TARDE

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE PUNHO E MAO ESQUERDA + FRATURA DE QUADRIL ESQUERDO

EXAME GERAL: ACIANOTICO, ANICTERICO, AFEBRIL

NEUROLÓGICO: CONSCIENTE, COLABORATIVO

CARDIOVASCULAR: ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE

RESPIRATÓRIO: RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE EM AA SEM APORTE DE O2. SPO2 94

DESPERTE: SP +DIMINUIDO EM BASES

MODALIDADE VENTILATÓRIO: MISTO.

EXPANSIBILIDADE TORÁCICA: DIMINUIDO

REALIZADO MANOBRAS REEXPANSIVAS

MÚSCULO - ESQUELÉTICO

PUNHO ESQUERDO ENFAIXADO E COM EDEMAS

EDEMA EM QUADRIL ESQUERDO

REALIZADO CINESIOTERAPIA ASSISTIDA EM MSE E PASSIVO EM MIE

POSICIONAMENTO FUNCIONAL NO LEITO

PROJETO TERAPÊUTICO:

ESTIMULAR MOBILIZAÇÃO + MANUTENÇÃO DA FUNÇÃO PULMONAR.

CONDUZIR: FISIOTERAPIA MOTORA

FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

Dr. Francisco das Chagas Sousa Junior
FISIOTERapeuta
CREFITO 116.958-F

Dr. Francisco das Chagas Sousa Junior
Crefito 116958-3

Evolução Paciente

PRONTOMED

Nome	JULIO CESAR PASSOS COSTA	Idade	2.450,336
Sexo	MASCULINO	Profissão	470.749
CPF	11.061.180	DT. Emissão	20/11/2018 17:15:23
Telefone	99451533	Convênio	MEDPLAN ENFERMARIA
Endereço	CANTAN 2		

Data emissão	Função	Tipo emissão	Especialidade	Usuário	Código prof
23/11/2018 18:46	Médico	Médico Evolução -		Felipe Varga do Carvalho	CRM 8057

EVOLUÇÃO MÉDICA - UTI INTENSIVISTA DIARISTA

DATA: 23/11/2018

HD: POI ARTROPLASTIA QUADRIL

História da Admissão na UTI: Paciente em POI Artroplastia da quadril, sem intercorrências.

Antecedentes: Politrauma + Fratura Fêmur E há 4 meses

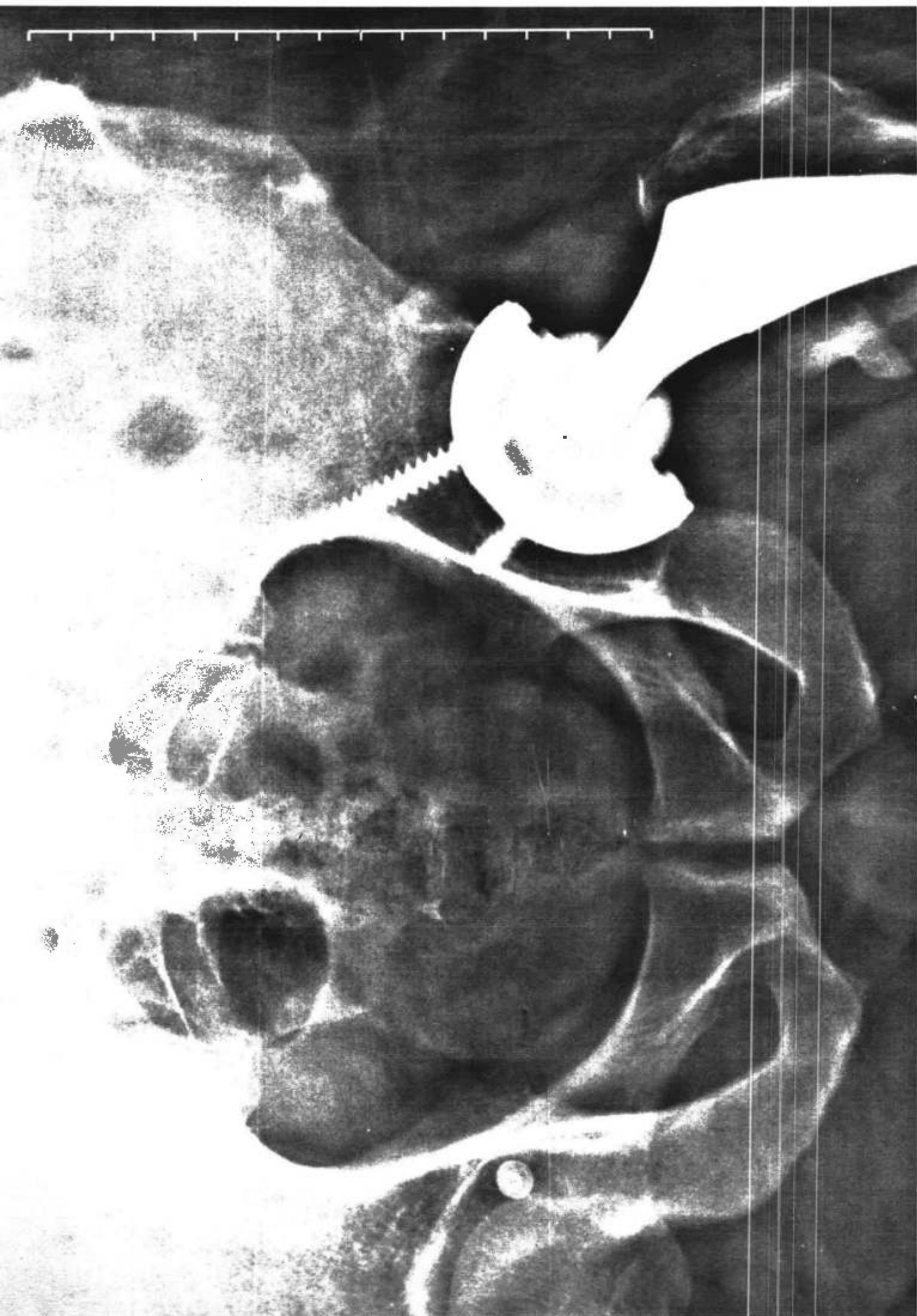
EXAME FÍSICO:

- Estado Geral: Reg. estável
- Cardiovascular: Hemodinâmica estável sem DVA, RR21SS. Normocárdico, normotenso
- Respiratório: Espelho em AA, SatO2 100%.
- Abdome / Gastrointestinal: Abdome flácido, indolor à palpação.
- Renal: Diurese por SVD clara, em quantificação
- Extremidades: Simétricas, sem empestamentos
- Neurológico: ECG 15, PIFR
- Dispositivos: SVD, AVP

PLANO TERAPÊUTICO:

- SUPORTE INTENSIVO
- FISIOTENSIVA
- ACOMPANHAMENTO COM ORTOPEDISTA (DR BRUNO)
- PRESCRIÇÃO + EXAMES ADMISSIONAIS

Assinatura
Dr. Felipe Varga do Carvalho
CRM 8057



ESO.



03/01/2019 10:41:15 CR_ELITE_3



ESQ.



03/01/2019 10:41:20 CR_ELITE_3

FILED: GERM VAINO, CORIA
03/11/06/15500/H-03701/2019-10:22TB-LMD

ESQ.

ESQ.

VA:3951301

JULIO CESAR PASSOS COSTA, N/A: 497788
SEXO: M D/N: 11/06/1980 D/H: 03/08/2018 / 9:34 TR: KSR



ESQUERDO



Nome: JULIO CESAR PASSOS COSTA

Dt. Nasc: 11/06/1980 **Idade:** 38 anos **Sexo:** Masculino **RG:** 1952113 SSP/PI

CPF: 66611792368

Médico Solicitante: BRUNO WILSON DA SILVA MOURA

Atendimento: 2044597 **Prescrição:** 1646184

Data: 03/08/2018 09:36:56

RX DIGITAL DO PUNHO ESQUERDO (02 INC.)

ACHADOS:

Fratura cominuta metaepifisária distal do rádio, fixada com placa e parafusos metálicos.
Interlinhas e superfícies articulares: integras.
Partes moles sem alterações radiológicas.

CONCLUSÃO:

1. FRATURA COMINUTA METAEPIFISÁRIA DISTAL DO RÁDIO, FIXADA COM PLACA E PARAFUSOS METÁLICOS;
2. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.



Nelson Bandeira
Dr. Nelson Bandeira - Santos Filho
CRM 3083



Rua Paissandu, 1862 - Teresina - Piauí
Fone: (86)3131.1234 Fax: (86)3223.4826
E-mail: falecom@medimagem.com.br
Visite nosso site: www.medimagem.com.br



Nome: JULIO CESAR PASSOS COSTA
Dt. Nasc: 11/06/1980 Idade: 38 anos Sexo: Masculino RG: 1952116 SSPPI
CPF: 66611792368
Médico Solicitante: Antonio Nunes Martins Junior
Atendimento: 2594284 Prescrição: 2053242
Data: 03/01/2019 10:48:36

RX DIGITAL DA BACIA

ACHADOS:

Redução difusa da densidade mineral óssea.
Artroplastia do quadril esquerdo.
Partes moles sem alterações radiológicas.

CONCLUSÃO:

1. REDUÇÃO DIFUSA DA DENSIDADE MINERAL ÓSSEA;
2. ARTROPLASTIA DO QUADRIL ESQUERDO;
3. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.



Nilton Bandeira
Dr. Nilton Bandeira Santos Filho
CRM 3083



Rua Paissandu, 1852 - Teresina - Piauí
Fone: (86)3131.1234 Fax: (86)3223.482
E-mail: falecom@medimagem.com.br
Visite nosso site: www.medimagem.com.br



Nome: JULIO CESAR PASSOS COSTA
Dt. Nasc: 11/06/1980 Idade: 38 anos Sexo: Masculino RG: 1952116 SSPFI
CPF: 66611792368
Médico Solicitante: Antonio Nunes Martins Junior
Atendimento: 2594284 Prescrição: 2053242
Data: 03/01/2019 10:48:36

RX DIGITAL DA COXA ESQUERDA (02 INC.)

ACHADOS:

Redução difusa da densidade mineral óssea.
Artroplastia do quadril esquerdo.
Calcificação em projeção de inserção cápsulo-ligamentar junto ao côndilo femoral medial.

CONCLUSÃO:

1. REDUÇÃO DIFUSA DA DENSIDADE MINERAL ÓSSEA;
2. ARTROPLASTIA DO QUADRIL ESQUERDO;
3. CALCIFICAÇÃO EM PROJEÇÃO DE INSERÇÃO CÁPSULO-LIGAMENTAR JUNTO AO CÔNDILO FEMORAL MEDIAL. Tal achado pode ser visto na DOENÇA DE PELLEGRINI-STIEDA.
4. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.



Nilton Bandeira
Dr. Nilton Bandeira Santos Filho
CRM 3083



Rua Paissandu, 1862 - Teresina - Piauí
Fone: (86)3131.1234 Fax: (86)3223.482
E-mail: falecom@medimagem.com.br
Visite nosso site: www.medimagem.com.br

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 1.952.116 DATA DE
EXPIRAÇÃO 28/09/16

COGNOME
NOME JULIO CESAR PASSOS COSTA

FILIAÇÃO
MÁRIA DO AMPARO PASSOS COSTA
OSVALDO PEREIRA COSTA

NATURALIDADE
TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO
11/06/1980

DOC. ORDEM
CERT. NASC. 9950 1 A9 F 274

EXP. TERESINA-PI 04/02/16
CPF 666.117.923-68

0914425

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 86.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Assinatura: Passos Costa
ASSINATURA DO TITULAR

Assinatura: Cesar
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

524415
0914425

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

28 FEV 2019

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

ANTONIA CLAUDIA ARAGAO FERREIRA

DOC. IDENTIFIC. / OUT. EMISSAO
 1866282-827 27

CPF
 296.411.498-63

DATA NASCIMENTO
 15/11/1989

PLACAO
 RAIMUNDO FRANCISCO
 FERREIRA
 ANTONIA MARIA ARAGAO
 FERREIRA

SEX
 F

DATA
 22/01/2010

VALIDADE
 29/07/2019

VALIDADE
 22/01/2010

976665003

ANTONIA CLAUDIA A. FERREIRA

DATA EMISSAO
 01/09/2014

15040801019
 02274364854

DETRAN PI (PIAUÍ)

PJ CORRETCRA
 DE SEGUROS

28 FEV 2019

DPVAT

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013603998951
CERTIFICADO DE REGISTRO E RENOVAMENTO DE VEÍCULO

16012
01801
20180-1/A
33189
201818

06130
04639
29586
36194
88403
54004
75908
34094
18743
04356
60125
04002

00463929586
JULIO CESAR PASSOS COSTA
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
66611792368
ODX-4034

9C6KE1250C0028217
GASOLINA
PAS/MOTOCICLE/NEHUMA
YAMAHA/XTZ 125E
002P/0124CC

YAMAHA/XTZ 125E
002P/0124CC
PARTICU
VERMELHA

1º 12/18
2º 12/18
3º PAGO
PAGAMENTO/COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$) 100,00
PREMIO TOTAL (R\$) 100,00
DATA DE PAGAMENTO 13/08/2018

A/TID. BANCO YAMAHA MOTOR DO BRASIL S/A

TERESINA LOCAL 13/08/2018

28 CORRETORA DE SEGUROS
28 FEV 2019
DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013603998951 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 13/08/2018

VIA 1 ORF/CNPJ 66611792368 PLACA ODX-4034

RENAVAM 00463929586 MARCA/MODELO YAMAHA/XTZ 125E

ANO FAB. 2012 Nº CHASSI 9C6KE1250C0028217

PRÊMIO TARIFARIO 100,00 (R\$) 100,00 (R\$) 000,00 (R\$) 000,00 (R\$)

800,00 (R\$) 000,00 (R\$) 000,00 (R\$) 185,50 (R\$)

PAGAMENTO 02/07/2018

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.600/0001-24

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Julio Cesar Passos Costa
RG: 1.952-115 Orgão Emissor: SSP-Pi CPF: 660.117-923-68
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Agente
Endereço: Rd. G. De Todos os Santos 1059 Nº 00
Bairro: São Sebastião Cep: 64000-000 Cidade/UF: Teresina Piauí
Telefone: (86) 99461-8533 (86) 99932-2816 ()

OUTORGADO:

Nome: Antonia Cláudia Araújo Ferreira
RG: 1866292 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 296.411.498-65
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira Profissão: Autônoma
Endereço: Rua Marechal Lot Nº 5859 A
Bairro: São Francisco Cep: 64009-720 Cidade/UF: Teresina - Pi
Telefone: (86) 98861-9597 (86) 99527-1808 (86) 99866-4205

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: Julio Cesar Passos Costa
CPF: 660.117-923-68 Data do Acidente: 30/10/2018
Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

Teresina 12 de Fevereiro 2019
Local e data

Julio Cesar Passos Costa
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



DPVAT
20 FEB 2019
PJ CORRETORA
DE SEGUROS

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º Ofício de Notas
Judite de Castro Cardoso
Escritório Compromissado
Teresina - PI

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º Ofício de Notas
Judite de Castro Cardoso
Escritório Compromissado
Teresina - PI

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JULIO CESAR PASSOS
COSTA, DOU FÉ. EM TEST. DA VERDADE.
TERESINA-PI, 12/02/2019.
www.tjpi.jus.br/pontalextra.
JUDITE DE CASTRO CARDOSO-Escritoriente Autorizada
Eml: 13,85 TUI: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 182
PROCURAÇÃO PARTICULAR

ARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SEL
DIGITAL

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º Ofício de Notas
Judite de Castro Cardoso
Escritório Compromissado
Teresina - PI

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0074316/19

Vítima: JULIO CESAR PASSOS COSTA

CPF: 666.117.923-68

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 30/06/2018

Titular do CPF: JULIO CESAR PASSOS
COSTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA : 296.411.498-65

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

JULIO CESAR PASSOS COSTA : 666.117.923-68

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: 28/02/2019
Nome: ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA
CPF: 296.411.498-65

ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/02/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 666.117.923-68 Nome completo da vítima: Julio Cesar Passos Costa

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

Nome completo: Julio Cesar Passos Costa CPF: 666.117.923-68

Profissão: Vigilante Endereço: Rd. G; Rm. Todos os Santos Número: 4 Complemento: _____

Bairro: São Sebastião Cidade: Teresina Estado: Piauí CEP: 64085-300

E-mail: _____ Tel (DDD): 86-99461-8533

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 0044 2 CONTA: 93.930 7

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Teresina - PI 25-02-2019

Nome: _____

CPF: _____

(* Assinatura de quem assina A ROGO)

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura _____

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

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

AVERBAÇÃO AO BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 100203.002265/2018-48

MARIA DA GLORIA PASSOS COSTA, NOTICIANTE/AVERBANTE, VEM AVERBAR NESSE B.O. QUE: A DATA DO ACIDENTE FOI 30/06/2018; QUE JULIO CESAR PASSOS COSTA, CONDUZIA COMO PASSAGEIRO FÁBIO MARTINS ROCHA, NASCIDO EM 17/06/1982, FILHO DE : ALDA MARIA MARTINS ROCHA, RESIDENTE NA QD-04, CS-12/01, CONJ. RENASCENÇA III, TERESINA PI; INFORMAÇÃO E DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO AVERBANTE.. É O REGISTRO.

TERESINA/ PI, 25/02/2019

Maria da Glória Passos Costa
MARIA DA GLORIA PASSOS COSTA

AVERBANTE
[Assinatura]
HAROLDO BONFIM DE OLIVEIRA

MAT.0095150





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002265/2018-48

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Franciele de Lima Cordeiro

Data/Hora: 04/07/2018 - 08:50

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. MIRTES MELÃO, Nº:

Complemento

Data/Hora

01/07/2018 - 04:30

Bairro

ALTO DA RESSURREIÇÃO

Ponto de Referência

COMERCIAL CARVALHO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JULIO CESAR PASSOS COSTA (38 ANOS)

RG: 1952116 SSP PI

Mãe: MARIA DO AMPARO PASSOS COSTA

Endereço: QD G CASA 4 RES. TODOS OS SANTOS, Nº

Bairro: SÃO SEBASTIÃO

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA

Nome: MARIA DA GLORIA PASSOS COSTA

RG: 2163634 SSP PI

Endereço: QD G CASA 4 RES. TODOS OS SANTOS, Nº

Bairro: SÃO SEBASTIÃO

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Notificante


NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE RELATA QUE SEU IRMÃO TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO YAMAHA/XTZ 125E, COR VERMELHA, PLACA ODX-4034-PI, DE PROPRIEDADE DE JULIO CESAR PASSOS COSTA, QUANDO FOI ATINGIDO POR UM AUTOMÓVEL, DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO; QUE, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA AO PRONTOMED (ATENDIMENTO 1904916). INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DA NOTICIANTE.


Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA


MARIA DA GLORIA PASSOS COSTA - Notificante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 666.117.923-68 Nome completo da vítima: Julio Cesar Passos Costa

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

Nome completo: Julio Cesar Passos Costa CPF: 666.117.923-68

Profissão: Vigilante Endereço: Rd. G; Rm. Todos os Santos Número: 4 Complemento: _____

Bairro: São Sebastião Cidade: Teresina Estado: Piauí CEP: 64085-300

E-mail: _____ Tel (DDD): 86-99461-8533

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 0044 2 CONTA: 93.930 7

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Teresina - PI 25-02-2019

Nome: _____

CPF: _____

(* Assinatura de quem assina A ROGO)

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____



(* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço				
	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência				
	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?			
	18 Tipo de ocorrência	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	23 Glasgow =	24 Sinais vitais	25 Local da lesão	26 Pupilas	
Exame Físico	27 Pulso Radial	28 Sangramento	29 Escala de Dor de 0 a 10	30 Fratura	
	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	
Assistência	35 Observações Interdisciplinares				
Hospital de Destino	36 Responsável pela recepção				
37 Versão: 27.11.2011					



Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SELV CÓDIGO
0383612-4

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.000-440/0001-85 (Insc. Estadual 19.201.353-5)
Nota Fiscal / Conta de Energia Pública - Jatoá B-1
Regime especial de energia elétrica autorizado pela SEMOP 05498

Nº da Nota Fiscal 016301234
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\$)
JANEIRO/2019	18/01/2019	97	93,20

ROBERTO FLORENCIO DE SOUSA
RS TODOS OS SANTOS S/N Q-G C-04 SAO SEBASTIAO
CPF: 00090458141372
CEP: 64.085-300 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	24085	Atual:	11/01/2019
Anterior:	24588	Anterior:	14/12/2018
Amplitude:	1,000	Anterior:	12/02/2019
Constante de Multiplicação:	97	Próxima Leitura:	10/01/2019
Consumo Medido:	97	Emissão:	11/01/2019
Consumo Faturado:		Aprovação:	28

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto
RESIDENCIAL	MONO	A424951	

HISTÓRICO KWH	CONSUMO	VALOR
DEZ/18	108	83,70
NOV/18	108	7,26
OUT/18	124	1,82
SET/18	110	0,42
AGO/18	125	
JUL/18	102	
JUN/18	119	
MAI/18	100	
ABR/18	194	
MAR/18	156	

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

28 FEV 2019

DPVAT

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 18 01 2019
Parabéns! Até o dia 10/01/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

COMPOSIÇÃO DA DESPESA - R\$		IMPOSTOS E TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	33,73	Base de Cálculo:	22,00%
Energia:	5,71	Alíquota ICMS:	18,41
Transmissão:	3,59	Valor do ICMS:	0,85
Encargos:	23,20	Valor do PIS:	3,94
Tributos:		Valor do COFINS:	

5,55	11,11	22,21	3,24	6,48	12,95	3,20	
0,00			0,00			0,00	
RENASCENÇA						11/2018	31,50