

Controle de docum x Audiências x Upload x Consulta processo x 0816079-50.2019.8 Merge PDF files on x WhatsApp x

tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=259324&ca=6ea4d7a1e615bfb42a1ec5782...

ProceComCiv 0816079-50.2019.8.18.0140
JULIO CESAR PASSOS COSTA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGU...

10077680 - CONTESTAÇÃO (2724604 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 03/06/2020 20:24:07

03 Jun 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
- 10077678 - CONTESTAÇÃO
 - 10077890 - CONTESTAÇÃO (2724604 CONTESTACAO 01)
 - 10077882 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2724604 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 10077883 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 10077884 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
 - 10077888 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

20:24

28 May 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE PETIÇÃO
- 0077029 - Petição (Citação Sem Manifestação)

20:00

25 May 2020

- EXPEDIÇÃO DE OUTROS DOCUMENTOS.
- 0876797 - Citação

11:25

24 May 2020

2724604 - CIV 2020/031207 INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOCADO

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08160795020198180140

AUSÊNCIA DE COBERTURA

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

Ativar o Windows
Acesso as configurações do computador para
ativar o Windows.

protocolo.pdf

20:24
03/06/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08160795020198180140

AUSÊNCIA DE COBERTURA

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 **JULIO CESAR PASSOS COSTA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **01/07/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **04/07/2018**.

Constata-se, pelos documentos acostados à exordial, que o veículo causador dos danos era de propriedade da própria vítima reclamante da indenização. Assim, o acidente narrado não possui cobertura pelo Seguro Obrigatório de Veículos – DPVAT, vez que o autor proprietário do veículo encontrava-se inadimplente com o pagamento do prêmio do seguro obrigatório na ocasião do sinistro.

Constata-se, pelos documentos acostados à exordial, que o veículo causador dos danos era de propriedade da própria vítima reclamante da indenização. Assim, o acidente narrado não possui cobertura pelo Seguro

Obrigatório de Veículos – DPVAT, vez que o autor proprietário do veículo encontrava-se inadimplente com o pagamento do prêmio do seguro obrigatório na ocasião do sinistro.

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/2015¹, 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/2015².

DO MÉRITO

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, CPC³.

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“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

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.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

No caso trazido à baila, conforme se extrai da documentação acostada aos autos, a parte autora é proprietária do veículo causador das lesões pelas quais é pleiteada a indenização pelo Seguro DPVAT, estando a categoria daquele englobada pelo Consórcio DPVAT, à inteligência do art. 38 da Resolução do CNSP nº 332/2015.

Contudo, é cristalino que a parte autora não preenche os requisitos necessários para ser indenizada, em razão da mora do pagamento do Seguro DPVAT. Assim, não há em que se cogitar cobertura securitária para o caso concreto, conforme Resolução 332/2015, em seu art. 17, §2º.

Como qualquer outro seguro, o DPVAT é um contrato aleatório, onde a seguradora, mediante uma contraprestação pecuniária, assume a responsabilidade de indenizar o segurado na hipótese de ocorrido o sinistro.

Conforme podemos verificar abaixo, o autor então proprietário do veículo causador do acidente, encontrava-se em débito com o seguro DPVAT, na data do acidente:

Seguro DPVAT
Calendário de pagamento

ACESSIBILIDADE

Selecione as opções abaixo para acessar o calendário de pagamento do Seguro DPVAT:

Exercício UF Final da Placa Categoria (abaixo mais) Pagamento

2018 PI 4 9 À vista Consultar

Categoria: 9

Final da Placa	Vencimento			
	IPVA (COTA ÚNICA)	Com Desconto?	DPVAT	Licenciamento
4	30/04/2018	SIM	30/04/2018	30/04/2018

PI: TABELA DE VENCIMENTO DO IPVA E DO SEGURO DPVAT DE 2018

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

- Documentos Despesas Médicas
- Documentos Invalidez Permanente
- Documentos Morte

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)



ACESSIBILIDADE

Selecione as opções abaixo para acessar o calendário de pagamento do Seguro DPVAT:

Exercício UF Final da Placa Categoria(Saiba mais) Pagamento

2018 PI 4 9 À vista [Consultar](#)

Categoria: 9

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

- Documentos Despesas Médicas
- Documentos Invalidez Permanente
- Documentos Morte
- Dicas Indispensáveis

Final da Placa	Vencimento			
	IPVA (COTA ÚNICA)	Com Desconto?	DPVAT	Licenciamento
4	30/04/2018	SIM	30/04/2018	30/04/2018

PI: TABELA DE VENCIMENTO DO IPVA E DO SEGURO DPVAT DE 2018

Por certo, o inadimplemento por parte dos proprietários de veículos, gera um desequilíbrio no provisionamento, ao passo que a seguradora não recebeu o pagamento que lhe era devido. Assim, a ausência de quitação do prêmio, inviabiliza a manutenção regular do contrato, ensejando um aumento nos valores do prêmio, a fim de harmonizar o balanço atuarial da seguradora, onerando os demais proprietários.

Ademais, se deve frisar o caráter social do Seguro DPVAT, evidenciado pela destinação do prêmio pago pelos proprietários de veículos automotores. Digno de destaque, que o valor pago a título de prêmio é rateado de forma que 45% dos valores arrecadados são direcionados ao Fundo Nacional de Saúde – FNS, para custeio de tratamento de vítimas de acidente na rede pública, no Sistema Único de Saúde-SUS e 5% são destinados aos programas educativos que buscam prevenir a ocorrência de novos acidentes, através do DENATRAN.

Frisa-se que a ausência de pagamento pelo proprietário gera um prejuízo a toda sociedade, na medida, em caso de inadimplência do seguro, os valores não são repassados aos programas sociais, programa saúde pública e programas educadores de prevenção de acidentes.

Conforme antedito, o Seguro DPVAT exclui da cobertura o sinistrado, quando este for o proprietário do veículo e se encontrar inadimplente em relação ao pagamento do prêmio, quando da ocorrência do acidente. Por certo, a exclusão da cobertura restringe-se somente ao acidentado-proprietário inadimplente, mantendo-se toda a cobertura no que tange a terceiros.

É exatamente este o entendimento que ensejou a edição do verbete sumular nº 257 do STJ, posto que os casos concretos que foram julgados naquela corte tratavam de situações onde a vítima não era o proprietário do veículo, sendo, portanto, prescindível a discussão acerca do pagamento ou não do prêmio, uma vez que, indiscutivelmente, aqueles acidentados tinham direito ao recebimento da indenização.

Assim, o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça buscou, tão somente, resguardar o direito de terceiros quando não realizado o pagamento do prêmio pelo causador do sinistro.

Portanto, feita a devida análise nos precedentes da súmula 257, STJ, quais sejam: REsp 200838/GO; REsp 67763/RJ; e REsp 144583/SP, temos que a mesma trata de situações jurídicas distintas, quando confrontado ao teor Resolução 273/2012 do CNSP, conforme quadro comparativo que segue:

RESOLUÇÃO 273 /2012 DO CNSP	SÚMULA 257, STJ
Exclui da cobertura a vítima, quando esta for proprietária do	Garante o recebimento do seguro a TERCEIROS vítimas

veículo causador do acidente, estando este inadimplente.	de sinistro causado por proprietário de veículo inadimplente.
--	---

Consigne-se, por oportuno, que a interpretação que deve ser dada à Súmula 257, STJ, corroborando com a exegese do art. 7º, §1º da Lei 6.194/74^x, garante à seguradora consorciada o direito de regresso em face do proprietário inadimplente em caso de eventuais valores que se desembolsem com as vítimas de sinistros quando o evento for causado por proprietários inadimplentes.

Ora, se o §1º do art. 7º da Lei 6.194/74 prevê o direito de regresso em face do proprietário inadimplente, e houvesse condenação da Seguradora em indenizar o referido proprietário, a parte autora figuraria tanto como credora, como devedora dos valores indenizatórios. Deste modo, forçoso aplicar o instituto da compensação e a consequente extinção das obrigações, de acordo com o Art. 368 do Código Civil.

Pelo exposto, não deve ser imputada à Seguradora Ré qualquer dever de indenizar a parte autora pelos supostos danos, eis que ausentes os elementos ensejadores da obrigação indenizatória.

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 geral⁴.

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 vítima⁵.

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%.

⁴RECURSO 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 HOUE 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.

⁵Súmula 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.”

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 citação⁶.

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 ação⁷

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

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 honorários 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.

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

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.

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, 3 de junho de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos 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 a 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 seqüela 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 seqüelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- 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;

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

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

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	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 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 esfinteriano; (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\$ 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 membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
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					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

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; **JOSELAINÉ 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 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 **JULIO CESAR PASSOS COSTA**, em curso perante a **6ª VARA CÍVEL** da comarca de **TERESINA**, nos autos do Processo nº 08160795020198180140.

Rio de Janeiro, 3 de junho de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINÉ MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



CNPJ 2/157474000106 - LE 105965574
 Av. Odilon Araújo, 1035, Piqueira - CEP 64017-280, Teresina - PI
 Telefone: 0800 293 1000 ou 315 / (06) 98124-3139

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

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

LOCALIZAÇÃO
 016-00038-000135 **GRUPO** 016 **NÚMERO DO HORÍMETRO** Y10N306307

HISTÓRICO DE CONSUMO			ECONOMIAS - CATEGORIAS / TÍPO TÁRIFA	
MÊS/ANO	TÍPO	UBO	RITUALM	
11/2018	Lido	98	18	1 Residencial - Normal
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	

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

CONTADOR MÊSES 10 **VALOR MÊS** 26,72 **VALOR ANUAL** 267,20
CORREÇÃO 26,72 x 0,00 = 0,00

TABELA DE TAXAS				DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA			
RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO (m³)	VALOR	UNID.	DESCRIÇÃO	VALOR	UNID.	VALOR
3	18	2,8050	00	VALOR REFERENTE AGUA -	26,72		
19	22	5,2320	00	> Residencial-Normal	10,0 m³		26,72
25	31	5,2320	00				

VENCIAMENTO 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 8.087/95, Art. 6º, §8º, inciso II.

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

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	NÍVEL MÊS	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 4 U

PJ CORRETORA DE SEGUROS
 28 FEV 2019
DPVAT



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 Ouvidor: 0609 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Antônia Claudina Araújo Ferreira
inscrito (a) no CPF/CNPJ: 296.411.498 / 165, 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 Invalidiz. 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

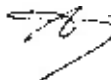
Atendimento: 2605434
Paciente JULIO CESAR PASSOS COSTA
Endereço Q 'G' CASA 04,,RESIDENCIAL TODOS OS SANTOS TODOS OS SANTOS , ,
Data de emissão: 07/01/2019 08:42:45

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 TRAUMÁTICA, 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 Vinícius Martins Junior
CRM 3520





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

Ogitor

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, estando em pleno gozo de suas faculdades mentais, declaro para os devidos fins que fui previamente informado pelo médico, Dr. (a) _____, CRM (____) nº _____, do meu, ou do paciente o 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.

Então, 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 providências necessárias para tentar solucionar os problemas surgidos, seguindo seu julgamento, bem como uso de hemoderivados e transporte inter-hospitalar se houver necessidade.

Adicionalmente, ainda, 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 eu ficar incapacaz de tomar decisões sobre minha saúde, indico como meu representante com documento de identidade nº _____

fez sem OK
deu DM, HA e
Atendeu a medicament

Teresina, 30 de junho de 2018.

Maria da Glória Passos Costa
Assinatura do paciente ou responsável legal
RG nº: 2.163.031

PJ CORRETORA DE SEGUROS
28 FEV 2019
DPVAT

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.

Maria da Glória Passos Costa
ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

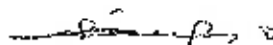
Paciente: **JULIO CESAR PASSOS COSTA**Afiliação: **1904916**Especialidade Primária: **Ortopedia / Traumatologia**Consultas: **MEDPLAN**Especialidade Segunda: **Cardiologia****Motivo da Consulta**

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

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


Paulo Wilson de Silva Moraes
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 Mendes Silva
CRM 2481

Paciente JULIO CESAR PASSOS COSTA

Atendimento 1904267

Convênio: MEDPLAN

Especialidade origem Clínica Geral

Especialidade destino Ortopedia / Traumatologia

Motivo da Consulta

paciente, vítima de acidente motociclístico, evolui com dor e limitação funcional de joelho esquerdo e dor em antebraço esquerdo. chega imobilizado.
solicito avaliação e conduta.
grato.

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

Dr. Thiago do Nascimento Ribeiro
CRM 4960

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

Paciente: JULIO CESAR PASSOS COSTA

Affixamento: 1904916

Consultas: 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



Bruno Wilson de Silva Moura
CRM 5338



Dr. Bruno Moura
CRM 5338



Descrição Cirurgia

Nome: JULIO CESAR PASSOS COSTA
CPF: 470.749
Data de Nascimento: 11/06/1980 38
Sexo: Masculino
Telefone: 994618533
Caráter Cirúrgico: Eletiva
Local: Centro Cirúrgico 01 - PMA
Plano de Saúde: MEDPLAN

Valor Cirúrgico: 35.913
Valor Anestésico: 1.650.102
Valor de Atendimento: 1.904.916
Data de Realização: 30/06/2018 10:50 **Data de Término:** 30/06/2018 11:45
Idade: 55
Cirurgião: Charles de Oliveira Luz
Anestesiologista: Felipe de Sousa Facundo
Anestesia: Plexo

Observação: 30720095 Fratura E/Ou Luxações (Incluindo Descolamento Epifisário Cotovelo-Punho) - Tratamento Cirúrgico

Indicador: 30720095 - Fratura E/Ou Luxações (Incluindo Descolamento Epifisário Cotovelo-Punho) - Tratamento **Quantidade:** 1

Ordem	Descrição	Código	Participante	CRM	Observação	Assinatura
2	Cirurgião Principal	8398	Charles de Oliveira Luz	5131		
3	Primeiro Auxiliar	91299	Samuel Machado Martins	4530		
5	Anestesiologista	76627	Felipe de Sousa Facundo	6048		
6	Instrumentador	109192	SANDRA MARIA DE SOUSA	100006		
7	Circulante	109197	EDINAR ALVES DOS SANTOS	967567		

Felipe de Sousa Facundo
 ANESTESILOGISTA
 CRM-PI 6048

Dr. Samuel Machado
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PI 4530

Diagnóstico Pré-Operatório

Resumo Cirurgia

Diagnóstico Pós-Operatório

Exame Radiológico

Exame Anatomopatológico

Procedimentos Operatórios

- 1-paciente em ddh sob bloqueio
- 2-asepsia e antisepsia
- 3-campos estereis
- 4-redução+osteossintese com fios de k
- 5-immobilização
- 6-rpa

Seq.	Tipo	Tempo	Qt. Minuto	Observação

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	4530
Samuel Machado Martins	

Equipamentos

Equipamento	Quantidade	Profissional	Observação
Equipamento de anestesia - PMA	1	EDINAR ALVES DOS SANTOS COSTA	
Equipamento Captura - PMA	1		
Equipamento de luz - PMA	1		
Equipamento de monitoramento - PMA	1		
Equipamento de irrigação - PMA	1		
RASSOM - PMA	1		

Evolução

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

Eventos

Data e hora	Evento	Profissional	Código prof
09:40	Chegada do paciente no (Centro Cirúrgico)	EDINAR ALVES DOS	967567
09:50	Entrada do paciente na sala cirúrgica	EDINAR ALVES DOS	967567
1:00	Início da Anestesia	EDINAR ALVES DOS	967567
1:10	Início do procedimento cirúrgico	EDINAR ALVES DOS	967567
1:45	Fim do procedimento cirúrgico	EDINAR ALVES DOS	6048
1:50	Encaminhamento para SRPA	Felipe de Sousa Facundo	6048
1:55	Término da anestesia		

Procedimentos/Serviços

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

Edinar Alves dos Santos Costa
EDINAR ALVES DOS SANTOS COSTA
 Circulante

CATE105



Descrição Cirurgia

Paciente: JULIO CESAR PASSOS COSTA

Prontuario: 470.749

Dt. Nascto: 11/08/1980 38

Sexo: Masculino

Telefone: 094618533

Situação: Eletiva

Sala: Centro Cirúrgico 01 - PMA

Sol: MEDPLAN

Obs: [Redacted]

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

Cirurgião: 36.121

Pr. Auxiliar: 1.561.021

Atendente: 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

Atendente: Raquidiana

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

Função	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. ORTOPEDIA / CIRURGIA DO QUADRIL CRM - P. 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	ȘĂNDRA MARIA DE SOUSA	100006		

Procedimento: 30724155 - Fratura De Acetábulo (Com Uma Ou Mais Abordagens) - Tratamento Cirúrgico - Quantidade: 1

Função	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. ORTOPEDIA / CIRURGIA DO QUADRIL CRM - P. 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	ȘĂNDRA MARIA DE SOUSA	100006		

Procedimento: 30724180 - Fratura E/Ou Luxação E/Ou Avulsão Coxo-Femoral - Tratamento Cirúrgico - Quantidade: 1

Função	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. ORTOPEDIA / CIRURGIA DO QUADRIL CRM - P. 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	ȘĂNDRA MARIA DE SOUSA	100006		

Diagnóstico Pré-Operatório

Resumo Cirurgia

Diagnóstico 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
1. FIXADO OSTEOTOMIA DO GRANDE TROCANTER COM 02 PARAFUSOS 4.5
2. REALIZADO TESTES DE ESTABILIDADE DO QUADRIL COMPROVANDO ESTABILIDADE
3. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9 %
4. HEMOSTASIA
5. APOSIÇÃO DE DRENO A VACUO N 3.2
6. SINTESE POR PLANOS
7. 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
Telefone: 994618533
Estado: Eletiva
Centro Cirúrgico: Centro Cirúrgico 01 - PMA
Plano de Saúde: MEDPLAN

Valor: 36.265
Preço Base: 1.566.750
Atualizado: 1.904.916
Data de Realização: 06/07/2018 13:05 **De Vemto:** 06/07/2018 13:30
Operador: 25
Operador: Charles de Oliveira Luz
Atividade: Bloqueio

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

Quantidade: 1

Função	Descrição	Código Participante	GRM	Observação	Assinatura
2	Cirurgião Principal	8398	5131		<i>Charles</i>
3	Primeiro Auxiliar	91299	4530		<i>Samuel</i>
5	Anestesiista	427926	5035		
6	Instrumentador	88563	829214		
7	Circulante	89374	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

Prescrição Centro Cirúrgico

prontomed

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 **Charlles de Oliveira Luz**

Duração 60

Médico Anestesiologista **Yanna Christina Nunes Cavalcante**

Cirurgia Nº 36265

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
Lidocaina 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
Agulha Stimuplex A100 G-21x4	un	1
Agulha 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	pac	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



Evolução Paciente

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

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
07/2018 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.

COMPLACIBILIDADE 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.

CONDUZA: FISIOTERAPIA MOTORA

FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

Francisco das Chagas Sousa Junior
 FISIOTERapeuta
 CREFITO 116.958-F

Francisco das Chagas Sousa Junior
 Crefito 116958-F

Evolução Paciente



PRONTOMÉDICA		JULIO CESAR PASSOS COSTA		Matrícula nº: 2.489.138	
Endereço:	11.000180	CPF nº:	470.749	Registro nº:	2011/2018 17:15:23
Cidade:	Maracumã	Estado:	PA	Clínica:	MEDELAN ENFERMARIA
Telefone:	99451533	Convênio:			
Planos:	CATMAN 2				

Data evolução:	23/11/2018 16:49	Função:	Médico	Tipo evolução:	Médico Evolução -	Equiparatório:		Usuário:	Felipe Varga de Carvalho	Código pro:	CRM 8057
-----------------------	------------------	----------------	--------	-----------------------	-------------------	-----------------------	--	-----------------	-----------------------------	--------------------	----------

EVOLUÇÃO MÉDICA - UTI INTENSIVISTA DIARISTA
DATA: 23/11/2018

HD: POI ARTROPLASTIA QUADRIL

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

Antecedentes: Politrauma + Fratura Fêmur E há 4 meses

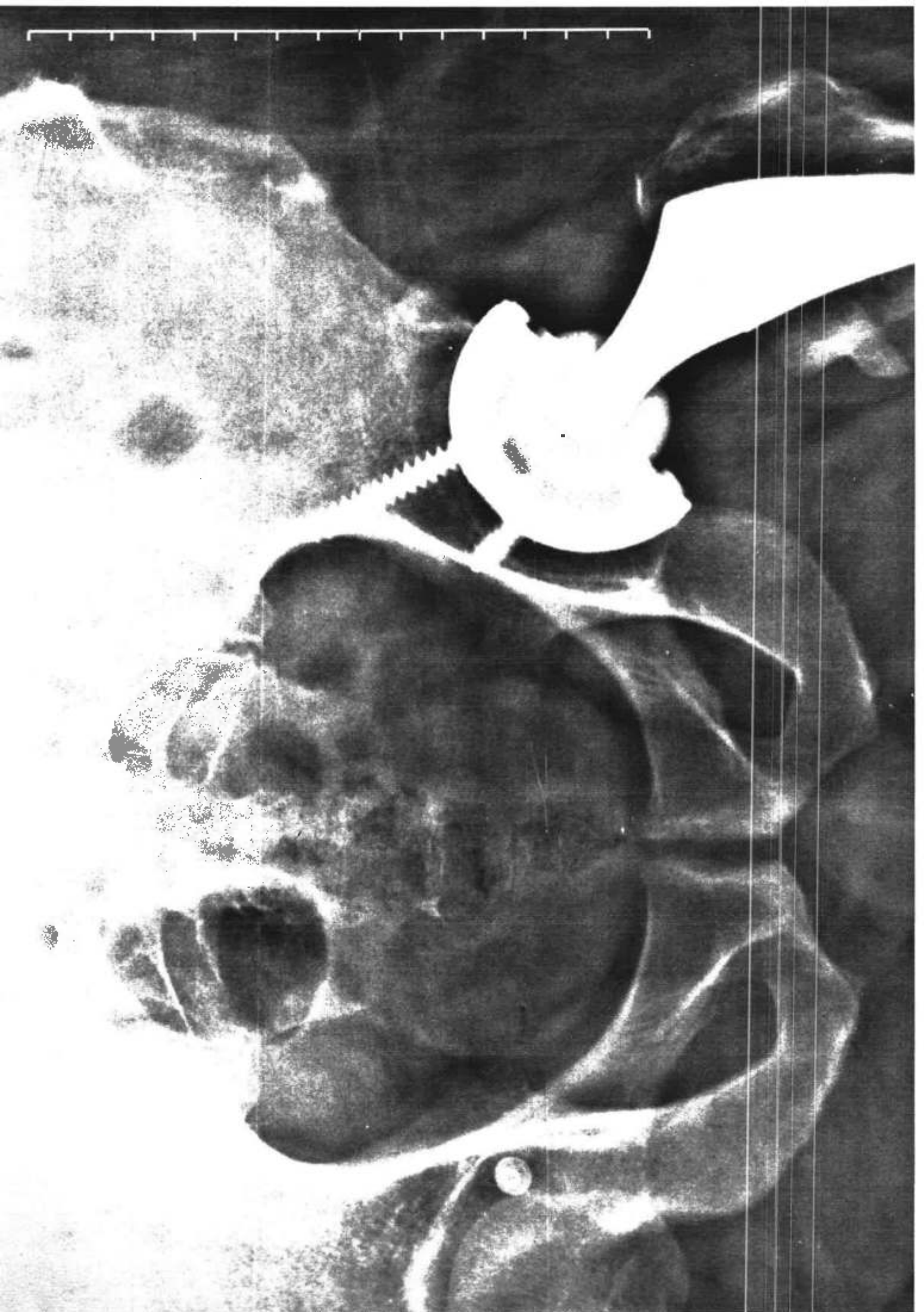
EXAME FÍSICO:

- Estado Geral: Reg. estável
- Cardiovascular: Hemodinâmica estável sem DVA RR2TSS. Normocárdico, normotenso
- Respiratório: Espetro 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

Signat
Dr. João Vitor de Almeida
CRM: 8057



ESO.





ESQ.



03/01/2019 10:41:20 CR_ELITE_3

LUIGI GENIA FASSIO - COPIA

CA: 11 / 06/15800/R-03701/2019-10-22TB-LMD

ESQ

ESQ

VA: 03/01/2019



JULIO CESAR PASSOS COSTA, N/A: 4977/88
SEXO: M D/N: 11/06/1980 D/H: 03/08/2018 / 9:34 TR: RSR



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.



Nilson Bandeira
Dr. Nilson Bandeira - Santos Filho
CRM 3083

Rua Paissandu, 1862 - Teresina - Piau.
Fone: (86)3131.1234 Fax: (86)3223.482t
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.



Nilson Bandeira
Dr. Nilson Bandeira Santos Filho
CRM 3083



Rua Paissandu, 1852 - Teresina - Piauí
Fone: (86)3131.1234 Fax: (86)3223.482
E-mail: fulecom@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.



Nilson Bandeira
Dr. Nilson 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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	1/952.116	DATA DE EXPIRAÇÃO	28/09/16
NOME	JULIO CESAR PASSOS COSTA		
FILIAÇÃO	MARIA DO AMPARO PASSOS COSTA		
	OSVALDO PEREIRA COSTA		
NACIONALIDADE	TERESINA-PI		
		DATA DE NASCIMENTO	11/06/1980
DOC. ORDEM	CERT. NASC. 9950 1 A9 F 27V		
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




João de Deus Martins
ASSINATURA DO TITULAR

524415
0914425

CARTEIRA DE IDENTIDADE

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

28 FEV 2019

DPVAT

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

ANTONIA CLAUDIA ARAGAO FERREIRA

DOC. IDENTIFIC. OU PASSAPORTE
 1866292-827 27

CPF 296.411.498-63 DATA NASCIM. 15/11/1989

RUAÇÃO
 BALNEIRO FRANCISCO FERREIRA
 ANTONIA MARIA ARAGAO FERREIRA

SEX F
 ALTURA 1,60

Nº REGISTRO 04867669613 VALIDADE 29/07/2019 P. EXPIRAÇÃO 22/01/2010

OBSERVAÇÕES

Antonia Claudia A. Ferreira

LOCAL CARRERA DATA EMISSÃO 02/09/2014
 15040803019 92314364854

DETRAN - PI (PIAUÍ)

976665003

PJ CORRETORA
 DE SEGUROS
 28 FEV 2019
 DPVAT

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013603998951
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

16012
01801
20180
23189
23018
06130
04633
29586
36594
88663
55606
70908
24944
18743
03356
26125
04002

R.N.T.R.C. 00463929589
EXERCICIO 2018
NOME JULIO CESAR PASSOS COSTA
RUBRICA XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXX
PLACA ODX-4034

ORF/CNPJ 66611792368
CHASSI 9C6KE1250C0028217
ESPECIE/TIPO GASOLINA
COMBUSTIVEL

MARCA/MODELO YAMAHA/XTZ 125E
ANOS FAB. 2012
ANOS REG. 2012

CATEGORIA PARTICU
COR PREDOMINANTE VERMELHA
VENC./COTAS 1º 12/18
2º PAGO
3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) 000,00
PREMIO TOTAL (R\$) 000,00
DATA DE PAGAMENTO 02/07/2018

A/FID. BANCO YAMAHA MOTOR DO BRASIL S/A
OBSERVAÇÕES

TERESINA LOCAL 13/08/2018

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

EXERCICIO 2018
DATA EMISSÃO 13/08/2018
ORF/CNPJ 66611792368
PLACA ODX-4034

RENAVAM 00463929586
MARCA/MODELO YAMAHA/XTZ 125E

ANO FAB. 2012
Nº CHASSI 9C6KE1250C0028217

PREMIO TARIFARIO 000,00
PREMIO (R\$) 000,00
PREMIO SEGURO (R\$) 000,00

PREMIO BILHETE (R\$) 000,00
TOTAL BILHETE (R\$) 185,50
DATA DE OUTRADO 02/07/2018

PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO

SEGUROADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.600/0001-24

DETRAN

CONTRN

CORRETORA DE SEGUROS
28 FEV 2019
DPVAT

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Julio Cesar Passos Costa
RG: 1.952-115 Orgão Emissor: SSP-P. CPF: 660.117.923-68
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Uso Livre
Endereço: Rd. G. De Todos os Santos 109 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
28 FEV 2019
PJ CORRETORA
DE SEGUROS

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

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lacerda Regatta, 1221 - Centro - CEP: 64009-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-4118 - E-mail: atendimento@cartoriothemaspio.com.br
Título: Escritório Compromissado de Teresina - PI

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE JULIO CESAR PASSOS COSTA, DOU FÉ. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 12/02/2019. Selo: AAB04799-QLQ8
www.tjpi.jus.br/pontalextra

JUDITE DE CASTRO CARDOSO-Escritoriente Autorizada
Emol: 3,85 EJ: 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: DAMS (DESPEAS 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: Ad: G ; Pra. Todos os Santos Número: 4 Complemento: _____

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

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

DADOS CADASTRAIS

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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco (237) Itai (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 (assinale 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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 e a 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

Julio Cesar Passos Costa
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Antônia Claudina Bezerra
Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (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 OCORRENCIA 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





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002265/2018-48

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

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
 DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora
 01/07/2018 - 04:30

Tipo Local
 VIA PÚBLICA

Município
 TERESINA

Bairro
 ALTO DA RESSURREIÇÃO

Endereço
 AV. MIRTES MELÃO, Nº:

Complemento

Ponto de Referência
 COMERCIAL CARVALHO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JULIO CESAR PASSOS COSTA (38 ANOS)

Tipo Envolv.: VITIMA

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

Nome: MARIA DA GLORIA PASSOS COSTA

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

RG: 2163634 SSP PI
 Endereço: QD G CASA 4 RES. TODOS OS SANTOS, Nº
 Bairro: SÃO SEBASTIÃO
 Cidade: TERESINA

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 - Noticiante
 Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPEAS 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: Ad: G ; Pra. Todos os Santos Número: Casa: 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) Itai (341)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: CONTA:

(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 (assinale uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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 e a 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

Julio Cesar Passos Costa
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Rubiana Claudia Bezerra
Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (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.**



Dados do Chamado	01 Nº do chamado 4090	02 Data do chamado 30.06.2018	03 PRO (código) 71895	04 Saída do PA 4:20	05 Chegada ao local 4:34																			
	06 Saída do local 05:07	07 Chegada ao 1º hospital 5:28	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital																				
	10 Endereço Av. Mikes Melo																							
Local da Ocorrência	11 Bairro Alto Resurreições	12 Município-UF	Código IBGE																					
	13 Ponto de referência Com. Cavalho																							
Dados do Paciente	14 Nome Júlio César Passos Costa				15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado																			
	16 Idade 31 0680	<input checked="" type="checkbox"/> 1-Dia <input type="checkbox"/> 2-Mês <input type="checkbox"/> 3-Anos <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignoraco																			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência																							
	<table style="width:100%; font-size: small;"> <tr> <td>01 - Acidente de transporte</td> <td>06 - Tentativa de suicídio</td> <td>11 - Queda</td> <td>16 - Outros</td> </tr> <tr> <td>02 - Agressão física-aspancamento</td> <td>07 - Envenenamento</td> <td>12 - Urgência clínica</td> <td>17 - Já removido</td> </tr> <tr> <td>03 - Agressão física-FAF</td> <td>08 - Afogamento</td> <td>13 - Urgência obstétrica</td> <td>18 - Falso chamado</td> </tr> <tr> <td>04 - Agressão física-FAB</td> <td>09 - Queimadura</td> <td>14 - Transferência</td> <td></td> </tr> <tr> <td>05 - Urgência psiquiátrica</td> <td>10 - Choque elétrico</td> <td>15 - Exames complementares</td> <td></td> </tr> </table>					01 - Acidente de transporte	06 - Tentativa de suicídio	11 - Queda	16 - Outros	02 - Agressão física-aspancamento	07 - Envenenamento	12 - Urgência clínica	17 - Já removido	03 - Agressão física-FAF	08 - Afogamento	13 - Urgência obstétrica	18 - Falso chamado	04 - Agressão física-FAB	09 - Queimadura	14 - Transferência		05 - Urgência psiquiátrica	10 - Choque elétrico	15 - Exames complementares
01 - Acidente de transporte	06 - Tentativa de suicídio	11 - Queda	16 - Outros																					
02 - Agressão física-aspancamento	07 - Envenenamento	12 - Urgência clínica	17 - Já removido																					
03 - Agressão física-FAF	08 - Afogamento	13 - Urgência obstétrica	18 - Falso chamado																					
04 - Agressão física-FAB	09 - Queimadura	14 - Transferência																						
05 - Urgência psiquiátrica	10 - Choque elétrico	15 - Exames complementares																						
Acidente de Transporte	19 Vítima <input checked="" type="checkbox"/>	20 Meio de locomoção <input checked="" type="checkbox"/>	21 Outra parte envolvida <input checked="" type="checkbox"/>	22 Equipamentos de segurança																				
	<input type="checkbox"/> 1 - Pedestre <input type="checkbox"/> 2 - Condutor <input type="checkbox"/> 3 - Passageiro <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 - A pé <input type="checkbox"/> 2 - Automóvel <input type="checkbox"/> 3 - Motocicleta <input type="checkbox"/> 4 - Bicicleta	<input type="checkbox"/> 5 - Ônibus/Micro-ônibus <input type="checkbox"/> 6 - Outro <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> 1 - Automóvel <input type="checkbox"/> 2 - Motocicleta <input type="checkbox"/> 3 - Ônibus/Micro-ônibus <input type="checkbox"/> 4 - Bicicleta	<input type="checkbox"/> 5 - Objeto fixo <input type="checkbox"/> 6 - Animal <input type="checkbox"/> 7 - Outra <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança																		
Exame Físico	23 Glasgow = 15		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA																			
	4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma		5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras Inapropriadas 2- Palavras Incompreensíveis 1- Nenhuma		6- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum																			
	26 Pupilas <input checked="" type="checkbox"/>	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input checked="" type="checkbox"/>	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10																					
	28 Sangramento <input checked="" type="checkbox"/>	30 Fratura 1- Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input checked="" type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 3- Suspeito <input type="checkbox"/>	24 Sinais Vitais: Pulso 90 , Resp 180 , PA 120 , TA 98 , SatO2 98 25 Local da lesão: PJ CORRETORA DE SEGUROS																					
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)																							
	<input type="checkbox"/> Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica. <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> b)																							
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino: PRONTMED. <input type="checkbox"/> Não Removido																							
	33 Condições de entrada <input type="checkbox"/>		34 Óbito <input type="checkbox"/>																					
Observações Interdisciplinar	1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado																							
	1-Sim 2-Não <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte																							
38 anos, motociclista vítima de colisão com carro. Apresenta edema (+) limitações de movimentos em peito esquerdo (+) edema em ante braço esquerdo (+) escoriações. Apresenta pico hipertensivo. Carteira com R\$ 502 reais.																								
Responsável pela recepção		Socorristas Médico Jino AEITE		Enfermeiro Condutor Evaristo																				



Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0383612-4

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.820.443/0001-85 | Ins. Estadual: 19.281.353-5
Nota Fiscal / Conta de Energia: Gás/Luz - 3466-B-7
Regime especial de energia subterrânea pela SEMOP 05/98

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.

CONTAS MES	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		DATAS DA LEITURA	
Atual:	24085	Atual:	11/01/2019
Anterior:	24588	Anterior:	14/12/2018
Amplitude:	1,000	Próxima Leitura:	12/02/2019
Constante de Multiplicação:	97	Próxima Leitura:	10/01/2019
Consumo Medido:	97	Emissor:	11/01/2019
Consumo Faturado:		Aprovaçãõ:	28

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Nome/Segmento	Uso	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Módulo 12 dígitos
RESIDENCIAL	MONO	4424951		1.1.1.1	128

MÊS	CONSUMO (kWh)	DESCRIÇÃO DO CANCELAMENTO	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		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
R\$ 91 - 0,60/1000			

PJ CORRETORA DE SEGUROS

28 FEV 2019

DPVAT

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA O SEU VENCIMENTO EM 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65, 70, 75, 80, 85, 90, 95, 100 dias.
Parabéns! Até o dia 10/01/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

455F.2303.B3DC.78A9.0507.9783.E997.3102

RESERVAÇÃO AO FISCAL		IMPOSTOS E TRIBUTOS	
COMPOSIÇÃO DE CUSTAS - R\$		R\$ 93,20	
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:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE						
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