



Número: **0812098-76.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **27/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA (AUTOR)		FERNANDO GUIMARAES ANDRADE (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10330683	18/06/2020 12:53	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE CARIRIACU
Impresso nº 2020106673



BOLETIM DE Ocorrência Nº 436 - 7802020 DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**
Data / Hora da Comunicação: **05/02/2020 13:02:40**
Data / Hora da Ocorrência: **29/09/2018 23:00:00**
Endereço da Ocorrência: **ROD PADRE CICERO, ZONA RURAL - CARIRIACU/CE**
Ponto de Referência:

DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL

Delegacia Municipal de Caririacu

Noticiante(s)

Nome: **MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA**
Nascimento: **03/09/1982** CPF: **952.202.593-34**
RG: **2129909** Orgão Emissor: **SSP** UF: **PI**
Filiação: **MARIA DE LOURDES DOS SANTOS COSTA**
MILTON LIDIO DA COSTA
Endereço: **QUADRA LOTE 14, CASA A, 111**
Bairro: **PROMORAR** CEP:
Município: **TERESINA/PI** Telefone:
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **GPN7949** Uf: **PI** Município: **TERESINA** Chassi: **9BM664198SC083547** Renavam: **644609630** Tipo do Veículo: **ONIBUS**
Marca / Modelo: **M.BENZ/O 400 RSD** Ano Fabricação: **1995** Ano Modelo: **1996** Combustível: **DIESEL** Cor: **BRANCA** Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Advertido das penalidades da lei compareceu a esta Delegacia de Polícia informando que estava viajando como passageira no ônibus M. Benz, cor branca, placa GPN7949, com destino ao município de Canindé quando no endereço da ocorrência aconteceu um acidente envolvendo o veículo em comento, fato este investigado através do Inquérito Policial 436 - 132/2018, que do acidente sofreu uma fratura no braço direito; Que está realizando este boletim para fins de DPVAT; E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE CARIRIACU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO ANGELO ALCANTARA SALES - MAT.: 3009221x

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Mara Raquel dos Santos Costa

VISTO DO DELEGADO(A) :

WANINI GALIZA RIZZI - MAT.: 300799-1-4

DELEGACIA MUNICIPAL DE CARIRIACU

Consolidado em: 05/02/2020 13:15:39

Pág. 1 de 1

Impresso em: 05/02/2020 13:15:39





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 952-202-593-34 4 - Nome completo da vítima: Maria Raquel dos Santos Costa

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

5 - Nome completo: Maria Raquel dos Santos Costa 6 - CPF: 952-202-593-34
7 - Profissão: Recurso-me 8 - Endereço: com Promotor Q 111 C 14 A 9 - Número: 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Promotor 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64027-270
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 186 98823-4516

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1987 CONTA: 49956 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/rebolsão 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.

22 - 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 (Lei nº 6.134/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou residência (aluguel)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Teresina - PI, 06/02/2020.

Maria Raquel dos Santos Costa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

01 V002/2019



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

Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200065718

Vítima: MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000001987**

Conta: **0000049956-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 10 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200065718

Vítima: MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA

Data do Acidente: 29/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15491579



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	18/02/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01987

CONTA: 000000049956-2

Nr. da Autenticação 7F7D5FBDDD619655



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA
Pront.: 166106 Data Nasc.: 03/09/1982 Idade: 36 ano(s) 0 mes(es) e 27 dia(s) Admissão: 30/09/2018 01:28
Mãe: MARIA DE LOURDES DOS SANTOS COSTA
Sexo: Feminino RG: Município: INDEFINIDO
CEP 64000-000 Bairro: Tel.:
Endereço: Num: .

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador AMANDA SOUZA DE ALMEIDA Horário 30/09/2018 01:33
Queixa: DOR EM MSD
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador: DOR MODERADA

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: BRENO ABIMAEI MACEDO CRUZ CRM: 6 Nº: 449854 Horário 30/09/2018 02:43
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II
Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE ONIBUS COM DOR EM MÃO E COTOVELO DIR APOS TRAUMA
AO EXAME
NV PRESERVADO
ADM LIVRE
NV PRESERVADO
SEM SINAIS DE SD COMPARTIMENTAL
RX E ANALGESIA
REAV

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX COTOVELO D AP/P (0204040078)	30/09/2018 02:49	Não	Pendente
RX ANTEBRACO D AP/P (0204040019)	30/09/2018 02:49	Não	Pendente
RX PUNHO D AP/P (0204040124)	30/09/2018 02:49	Não	Pendente
RX MÃO D AP/OBLIQUO (0204040094) AMB	30/09/2018 02:49	Não	Pendente

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA
Pront.: 166106 Data Nasc.: 03/09/1982 Idade: 36 ano(s) 0 mes(es) e 27 dia(s) Admissão: 30/09/2018 01:28
Mãe: MARIA DE LOURDES DOS SANTOS COSTA
Sexo: Feminino RG: Município: INDEFINIDO
CEP 64000-000 Bairro: Tel.:
Endereço: Num:

PRESCRIÇÃO

Médico: BRENO ABIMAEI MACEDO CRUZ

CRM 13375 30/09/18 02:46

Prescrição	Horário:
X E REAV DA ORTOPEdia	
PARACETAMOL 500MG + CODEINA 30MG -COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL / 6/6 H	
DIPIRONA 500MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H	23 9h
DIETA ZERO - EXAMES (RM, TM, LAB OU US)	23 9h

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito



Dr. Breno Abimael Macedo Cruz
CRM 13375
30/09/2018 02:46





HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Maria Raquel dos Santos Costa
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 491770

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO"





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA		Imp: 18/10/2018 16:58:07	
Mãe: MARIA DE LOURDES DOS SANTOS COSTA		User: CAMILA NORBERTA	
End.Resid.: QD 111 LT 14 CS A - PROMORAR - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		Estação: RECERCA021	
Nascimento: 03/09/1982	Idade: 36a1m15d	Sexo: Feminino	Prontuário: 491770
Responsável: O MESMO	CNS: 705003264114858	Fone: 86- 3227-3541	
Profissão: BALCONISTA	Documento: CPF: 952.202.593-34		
G. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Viuvo(a)		
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 689730	Entrada: 18/10/2018 16:55:35	Convênio: S U S	Proced:
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): DOR MEMBROS SUPERIORES			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Final/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor: Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

SSVV: (Hora: :)				
Peso: Kg	Altura: M	IMC: Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

*Recente neuropatia
p.d. Artéria coronária (D)*

Diagnóstico Inicial:

Exames Complementares:

Prescrição Médica:

Internar

*5522
0408020431*

Motivo da Alta/Encerramento:

+Clínica de insuficiência

DATA:

HORA:

*Dr. Roldão Rego
Ortopedista
CRM-PI 25102/2014 6487*

Assinatura Paciente ou Responsável



Prefeitura Municipal de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 393331830	Nº REGULAÇÃO: 45763	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA - (86) 3234-7074		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO:	ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	
PACIENTE:	MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA	
	NASCIMENTO: 03/09/1982	

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

TRAUMA EM ANTEBRAÇO HÁ 03 SEMANASRX FRATURA ANTEBRAÇOENCAMINHO PARA CIRURGIA

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

EXAME FISICORX

DIAGNÓSTICO(CID): FRAT DO ANTEBRACO

OMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL:

FREQ. CARDÍACA:

SATURAÇÃO:

FREQ. RESPIRATÓRIA:

GLICEMIA:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

USO DE O2:

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

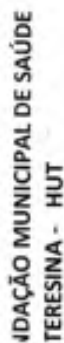
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 18/10/2018 14:12:26

Dr. Albert Medeiros
Ortopedia / Traumatologia
CRM 3567

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO





HOSPITAL DE VIGILÂNCIA

PRESCRIÇÃO M.D.A.

[illegible]

Num. 10330683 - Pág. 12

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 141636
	AIH: 2218101771150

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

NOME DO PACIENTE

MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA

NASCIMENTO

03/09/1982

SEXO

F

PRONTUÁRIO

491770

DOCUMENTO CPF

95220259334

TELEFONE

NOME DA MÃE

MARIA DE LOURDES DOS SANTOS COSTA

RESPONSÁVEL

MARA RAQUEL

CEP

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NUMERO / LOTE

14

BAIRRO

PROMORAR

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE ENCAMINHADA COM FRATURA DE DIAFISE ULNA DIREITA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S522 - FRATURA DA DIAFISE DO CUBITO ULNA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020431 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RADIO DA ULNA

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

18/10/2018

RÓCELDO ANTONIO NEVES DO REGO

CPF: 83823077368

CRM:

DATA ADMISSÃO

18/10/2018 16:55

DATA ALTA

23/10/2018 09:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE

CNPJ SEGURADORA

Nº DO BILHETE

SÉRIE

CNPJ DA EMPRESA

CNAE EMPRESA

CBOR

NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

JOSE DE RIBAMAR SANTOS FILHO

CPF: 37320643300

CRM:

DATA ANALISE: 18/10/2018 17:25

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF:

CRM:

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 22 / 10 / 18

NOME DO PACIENTE: Mara Raquel dos S. Costa PRONTUÁRIO Nº: 495770

DIAGNÓSTICO:

CIRURGIA:

ANESTESIA:

Nº DA SALA: 06CIRURGIÃO: Dr. Bruno

CPF Nº:

AUXILIAR:

CPF Nº:

ANESTESIA: Dr. Fernanda

CPF Nº:

INSTRUMENTADORA: Raquel

CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 6,5-7,0 e 7,5	PAR	06	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 8,0 e 8,5	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	20	
ALCOOL 70%	ML	250		PVPI DE GERMANTE	ML	250	
ALGODÃO	BOLA	03		PVPI TÓPICO	ML	350	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	ML	90	
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	03		SERINGA 10CC	UNID.	002	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	01	
JELCO Nº	UNID.	03		<u>Cresceol</u>	<u>le</u>	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	3-0	02					
FITA UMBILICAL							
VICRYL	0	02		ENFERMARIA: <u>Jarloni</u>			
PROLENE				CIRCULANTE: <u>Goldner</u>			

MOD - 094



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:53:33

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006181253333690000009809794>

Número do documento: 2006181253333690000009809794

Num. 10330683 - Pág. 14



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente Mauro Rosival S. Costa
Diagnóstico pré-operatório Fratura de Ulna @
Operação - Tipo Redução Cirúrgica + fixação interna com
placa + parafusos
Cirurgião Dr. Bruno 1º Assistente Dr. ...
2º Assistente Dr. ... 3º Assistente Dr. ...
Instrumentador(a) Dr. ... Anestesista Dr. ... Anestesia Dr. ...
Anestésico(a) Dr. ...
Data da Operação ... Início ... Fim ...

Diagnóstico Pós-operatório
Fratura com 1 mês de evolução, com formação de calo ósseo
Realizando Coloclosia

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1) Paciente em DDH sob anestesia 2) Preparo
habitual 3) Via dorsal direta em ombro suco @
(bordo ulna) 4) Coloclosia + osteotomia em diáfise
de ulna 5) Redução Cirúrgica + fixação interna
com placa + parafusos em ulna @. 6) Fechamento
por planos 7) Curativo.

Mod. 76 HUT





FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIANome: Maria Riquel das Santos CostaSala: 06Alergia: NegData: 22.10.18Procedimento: OsteosinteseCirurgião: Dr. ZúñigaObservações: Nega comorbidades

Agentes	Unid.	14h	15	30	45	15h	15	30	45	15	30	45	
1 Propofol	160mg												
2 Gentamic	300mg												
3 Atorvast	50mg												
4 Cetamina	25mg												
5 Clonidina	20g												
6 Dipirona	20g												
7 Desamfetamina	10mg												
8 Amitriptylina	50mg												
9 Clotaprazol	100mg												
10													
11 Enamalg													
12 Atropina	100mg												
13 Neostigmina	2mg												
Oxigênio	1L/min												
AR/N2O	1L/min												
Volatil	Sevoflurano 2%												

Acesso Vascular:
☒ Periférico Prévio
 Cat. Venoso nº G
☐ Dificuldade aces. venoso
 Gestos cateteres
☐ Central

Via Aérea:
☐ Cateter nasal
☒ IOT nº 8.0
☐ LMA nº

Monitorização:
☒ Cardioscopia
☒ PANI
☒ Oxímetro de pulso
☒ ETCO2
☒ Outros Analizador de gases

Anestesia:
☐ Geral Venosa
☒ Geral Balanceada
☐ Raqui-anestesia
☐ Peridural
☐ Bloqueio Periférico
☐ Outros

Decúbito: DDH

SPO2 (%)	PtO2	94%	100%	100%	98%	98%
ETCO2 (mmHg)	36	34	33	33	32	
Aces. Venoso	150	150	150	150	150	
Aces. Venoso	50mg	50mg	50mg	50mg	50mg	
Diurese						
Perdas Sanguíneas						

Descrição da Anestesia:

Intubação + Pre-anestesia + Ventilação prévia
Pre-oxigenação + indução venosa com IOT + manutenção/intubação
Proteção ocular + Manutenção inalatória
Extubação + RPA

[Assinatura]
 Anestesiologista





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 225344
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA			6 - Prontuário: 491770	
7-CNS: 705003264114858	8-Nascimento: 03/09/1982	9-Sexo: Feminino	CPF: 952.202.593-34	
11-Mãe: MARIA DE LOURDES DOS SANTOS COSTA				12-Fone: 86- 3227-3541
13-Resp: (O MESMO)				14-Fone:
15-Endex: QD 111 LT 14 CS A - PROMORAR - CEP: 64000-010				
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31 - Cod. Proced. Princip.		30 - Procedimento Principal / Descrição:	
0408020431		TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA	
31 - Cod. Procedi- mento Especial	32 - Descrição do Procedimento Especial:		Quant. Soli- cidada:
0702030899	PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)		1
Fornecedor da OPM: BIOSINTESE			
38 - Profissional Responsável:		40 - Tp. Documento:	Dr. Bruno Freire Ortopedista e Traumatologista CRM: 4245 / F.F. 15.111 / 18 41 - Ass. Carimbo Méd. Sol. (CRM)
ROCELDO ANTONIO NEVES DO REGO		CPF	
39 - Data Solicitação:		40 - No. Doc. Méd. Solic.:	
22/10/2018		838.230.773-68	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Fratura de ulna (D)

46 - Nome do Profissional Autorizador: Dr. Bruno Freire	47-Data Autorização: 13/11/18	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho):	
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria:	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF:
		53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho):

(ALCINE OLIVEIRA)



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE <i>maria Raquel dos Santos Costa</i>		PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA <i>COA Ext</i>	ENE ou APT.	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES <i>freteira de urine 2</i>		ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE <i>ORTOPEDIA</i>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA: <i>18/10/20</i> HORA: <i>1</i>		HORÁRIO		OBSERVAÇÕES		
Livia Borges Visão Nutricionista HUT CRN 6ª Reg. 2218						
1 - Dieta geral				17.35 Admitida no Posto		
2 - S ^c 0,9% 500ml EV de 12/13h				01 <i>Enfermeira</i> <i>COHEN: 19289</i>		
3 - Dipirona 01 amp + ADEV 5/7h				22h - Indicação SSU		
4 - Temoxicam 20mg + ADEV 12/13h				PA 130 X 80 P-60 bpm		
5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/7h				febre		
6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/7h						
7 - CCGG + SSU						

Dr. Rocio Rego
Osteopata
CRM 18.533/2018

HT 134

MÉDICO/CRM:

Mod: 007



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA** (Prontuário: 491770)
Endereço: QD 111 LT 14 CS A - PROMORAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 03/09/1982 Idade: 37a3m9d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 225344
Requisição: 885567 Solicitação: 22/10/2018 Solicitante: BRUNO SOARES FREIRE
Controle: 1097570 Convênio: SUS CLINICA ORTOPEDICA - P11 SUPLEMENTAR EXTRA 002

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040019

Data Exame: 22/10/2018

ANTEBRACO DIREITO

O estudo radiológico do antebraço direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura cominutiva alinhada em diáfise média da ulna direita, fixada por placa e parafusos metálicos.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 12/12/2019

WILSONNEY HOLANDA LEAL

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062
Profissional Responsável

Joana Lúcia Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





Nome: MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA
Dt. Nasc: 03/09/1982 Idade: 36 anos Sexo: Feminino RG: 2129909
CPF: 95220259334
Médico Solicitante: Giordano Cronemberger Alves do Nascimento
Atendimento: 3576844 Prescrição: 2773274
Data: 23/08/2019 13:08:41

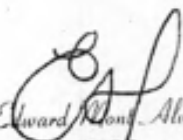
RX DIGITAL DO ANTEBRAÇO DIREITO (02 INC.)

ACHADOS:

Placa e parafusos metálicos de fixação na projeção da diáfise média da ulna.
Interlinhas e superfícies articulares: íntegras.
Partes moles sem alterações radiológicas.

CONCLUSÃO:

1. PLACA E PARAFUSOS METÁLICOS DE FIXAÇÃO NA PROJEÇÃO DA DIÁFISE MÉDIA DA ULNA;
2. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.


Dr. Edward Mont Alverno
CRM 2738



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

Digitado por: GEIZILENE PEREIRA DE CARVALHO







RUA PIRES DE CASTRO, 692 SUL TERESINA-PIAUÍ



Moro Kageul



NOTICE: JPEG image for reference.



Moro Romul



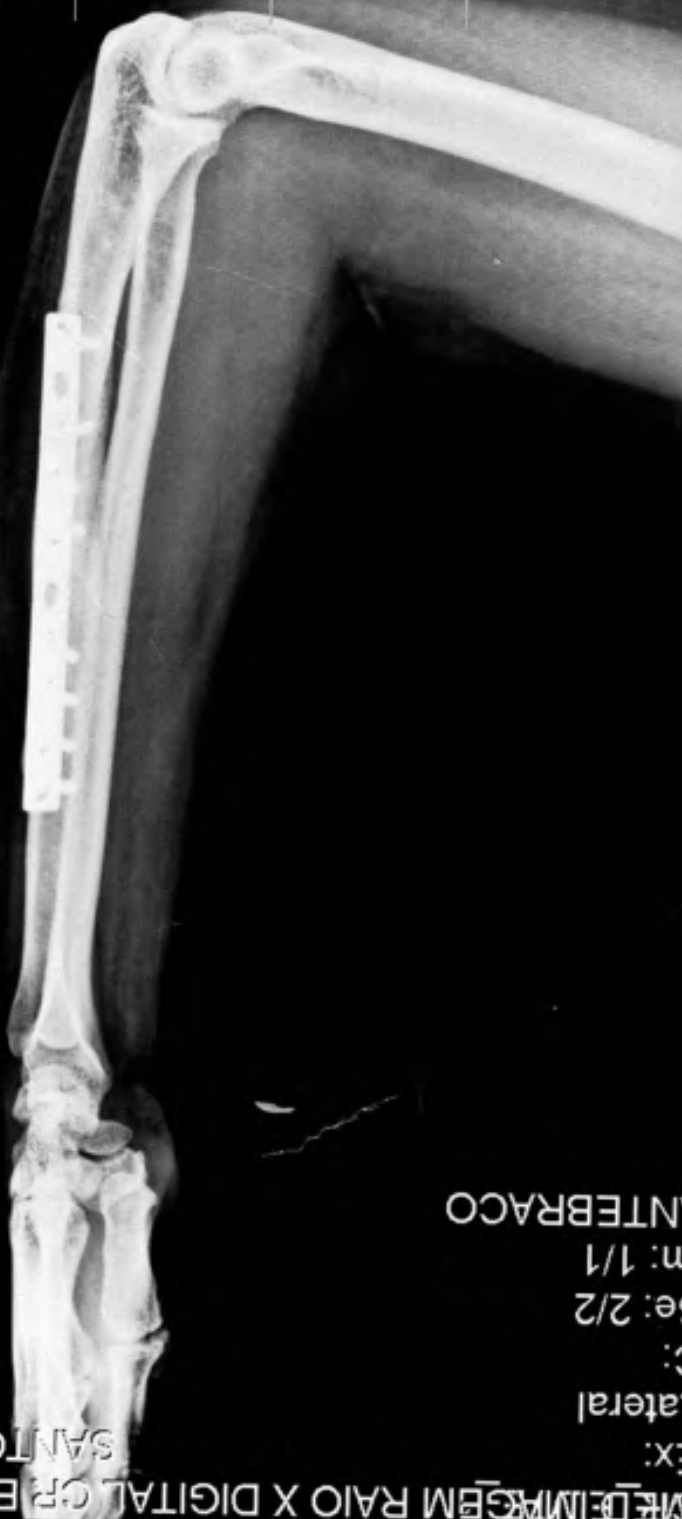
NOTICE: JPEG image for reference.



IMAGE MAY NOT BE TO SCALE

4096 L:2048

DCM / Lin:DCM / Id:ID



INTERBRACO

m: 1/1

Se: 2/2

C:

ateral

EX:

Acq Tm: 13:07:51.031

2019 Aug 23

Acc: 7642856

Sep 03 1982 F 550162

SANTOS COSTA, MARA RAQUEL DOS

ME-DE-IMAGEM RAO X DIGITAL GR ELITE 1 - RUA PAISSANDU, 1862.

DIR.

MEDFRM0101



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 18/06/2020 12:53:33

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061812533336900000009809794>

Número do documento: 20061812533336900000009809794

MEDIMAGEM RAO X DIGITAL CR ELITE 1 - RUA PAISSANDU, 1862

Ex: SANTOS COSTA, MARA RAQUEL DOS

AP DIR. Sep 03 1982 F 550162

C: Acc: 7642856

Se: 1/2 2019 Aug 23

Im: 1/1 Acq Tm: 13:07:06.937

ANTEBRACO

Lin:DCM / Lin:DCM / Id:ID

W:4096 L:2048

IMAGE MAY NOT BE TO SCALE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0053535/20

Vítima: MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA

CPF: 952.202.593-34

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA : 952.202.593-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/02/2020
Nome: MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA
CPF: 952.202.593-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/02/2020
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200065718 **Cidade:** Caririçu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA **Data do acidente:** 29/09/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA ULNA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS- PAG 10) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200065718 **Cidade:** Caririçu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARA RAQUEL DOS SANTOS COSTA **Data do acidente:** 29/09/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA ULNA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS- PAG 10) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ 27.574.740/0001-04 - LE 195/196/2014
Av. Prof. Camilo Filho, 3390, Telhada do Sertão - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 229 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MAPA/CELSA 12754919-6 FATURA Nº 2166831
MÊS/ANO 11/2019

NOME/ENDEREÇO
MORADOR MILTON L DA COSTA
CON PROMORAR, Q-111-C-14A-PROMORAR-TERESINA-PI-cep: 6462-7270

LOCALIZAÇÃO GRUPO NÚMERO DO HIENÓMETRO
013 00033-004580 013 A10X133189

PERÍODO DE CONSUMO	USO	FATURADO	ECONOMIA - CATEGORIA / TIPO TÁRIFA
MÊS/ANO			1 Residencial - Normal
08/2019 1.140	22	22	
09/2019 1.140	22	22	
10/2019 1.140	22	22	
11/2019 1.140	22	22	
12/2019 1.140	22	22	
01/2020 1.140	22	22	

DATA LETURA CONSUMO MÊS/M3 LEI 1874/2002
ANTERIOR 18/10/2019 755 24 PLS. FÍSICO 140,37 m³ + 15% = 160,42
ATUAL 20/11/2019 779 CORTES 140,37 m³ + 15% = 160,42

TABELA DE TÁRIFAS	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA
RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO (M3/M) E (%)	VALOR REFERENTE ÁGUA - 110,63 > Residencial-Normal 24,0 m³ 110,63 JURDS POR ATRASO 001/001 1,04 MULTA POR ATRASO 001/001 2,14 RELIGACAO POR CORTE SIMPLES 001/001 26,56
NÃO RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO (M3/M) E (%)	

VENCIMENTO 02/12/2019 TOTAL A PAGAR 140,37

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

ATENÇÃO: ARQUIVOS ACUSA(M) 1 DÉBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE. PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO
Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Lei Federal nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.867/96, Art. 6º, §3º - inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.942.1234 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2960	2926	34	1,30	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	3286	3257	29	5,29	Inferior a 15
pH	7303	7268	35	6,91	6,00-9,50
TURBIDEZ	3284	3245	39	1,43	Inferior a 5
COLIFORMES TOTAIS					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.942.1234 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCOLHIDA COL	1311	1310	1	Ausência	Ausente
	1311	1311	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 20/11/2019 HORA DA EMISSÃO: 11:33

ÁGUAS DE TERESINA

MAPA/CELSA 12754919-6 FATURA Nº 2166831
MÊS/ANO 11/2019

VENCIMENTO 02/12/2019 VALOR A PAGAR 140,37

82680000001 40371535000-1 00201900211 7 68310100504-2





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 952.202.593-34 4 - Nome completo da vítima: Maria Raquel dos Santos Costa

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

5 - Nome completo: Maria Raquel dos Santos Costa 6 - CPF: 952.202.593-34
7 - Profissão: Recurso - me 8 - Endereço: com Promotor Q 111 C 14 A 9 - Número: 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Promotor 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64027270
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 186 48823-4516

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Analise uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1987 CONTA: 49956 AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) (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.

22 - 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 (Lei nº 6.134/74), uma vez que:
• 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.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.134/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vários)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI, 06/02/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

01 V002/2019