

Screenshot of a web browser showing a legal document from the TJPI (Tribunal de Justiça do Piauí) system.

The main title bar reads "ProceComCiv 0800576-60.2019.8.18.0084" and "RAIMUNDA MENDES DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SE...".

The document header indicates "10766121 - CONTESTAÇÃO (2734407 CONTESTACAO 01)" and "Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 13/07/2020 17:29:56".

The left sidebar shows a navigation tree for the case, including "JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO" and several sub-items like "10766119 - CONTESTAÇÃO (2734407 CONTESTACAO 01)", "10766122 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)", etc.

The right panel displays the scanned document, which includes the logo of "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS" and the text "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BARRO DURO/PI".

The taskbar at the bottom shows multiple open PDF files and the system clock indicating 17:30 on 13/07/2020.



Número: **0800576-60.2019.8.18.0084**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Barro Duro**

Última distribuição : **23/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.825,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>RAIMUNDA MENDES DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>FRANCISCO ROBERTO MENDES OLIVEIRA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10766 122	13/07/2020 17:29	<a href="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190426932      **Cidade:** São Félix do Piauí      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAIMUNDA MENDES DA SILVA      **Data do acidente:** 18/09/2016      **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE HÁLUX DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 1º DEDO DO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE 1º DEDO DO PÉ DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG 7/14\_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

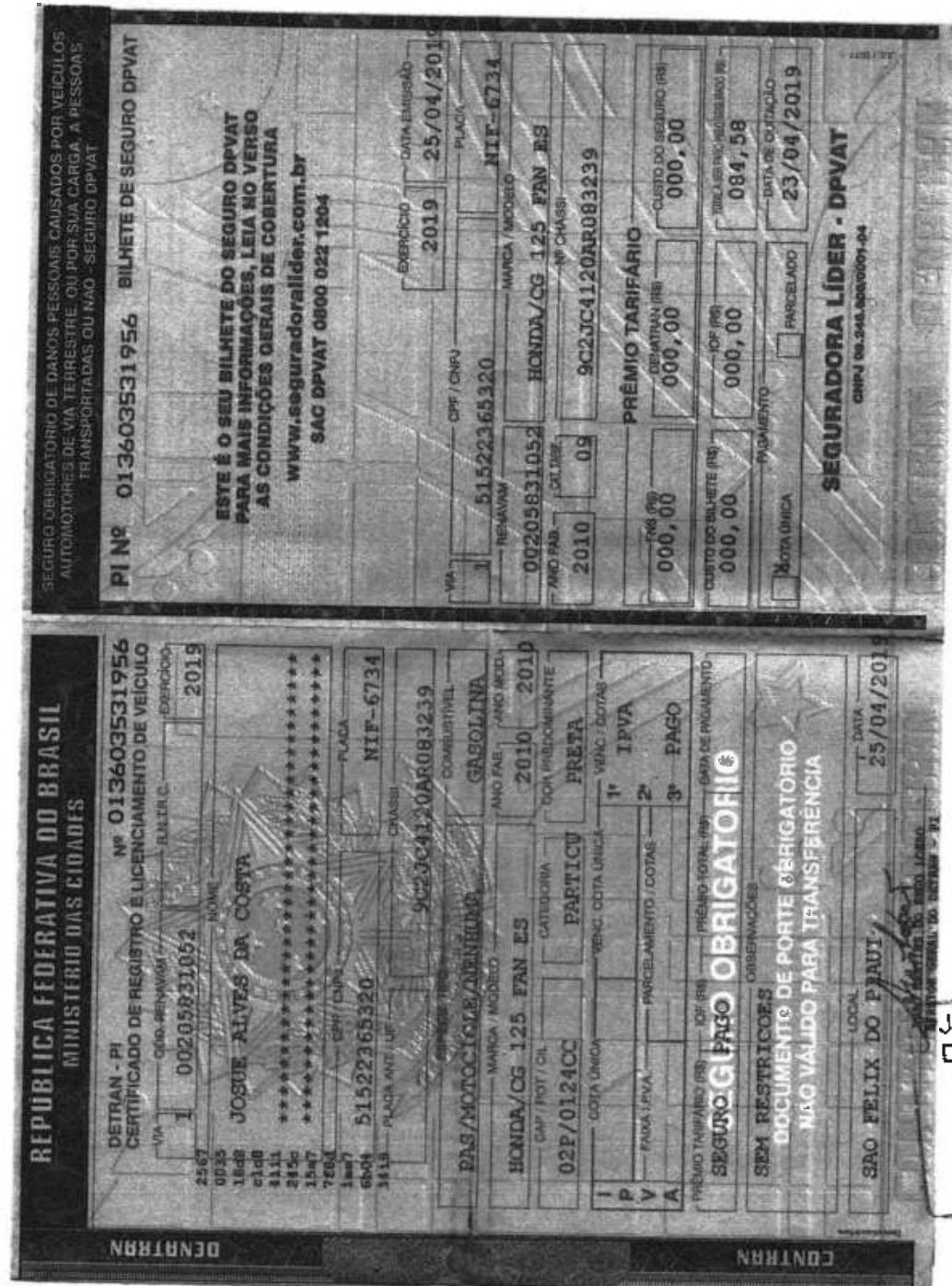
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 17:29:55  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071317295559100000010210719>  
Número do documento: 20071317295559100000010210719

Num. 10766122 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 17:29:55  
<http://tjpi.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071317295559100000010210719>  
Número do documento: 20071317295559100000010210719

Num. 10766122 - Pág. 3



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DA SAÚDE - INSTITUTO DO HOMEM  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÉDICO  
DR. RAIMUNDO MONTEIRO

SOLICITACAO DE VAGA

DATA 18/09/16 HORA 19:00 PROFISSÃO

HOSPITAL SOLICITANTE Anônimo Botafogo São Félix  
MÉDICO Raimundo Nonato Monteiro CRM 6489

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO:

URGÊNCIA  Trauma  Clínico  Cirúrgico  Hospitalar  Outros

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME Raimunda Neides da Silva  
Idade 63 Sexo F Marca (X) Feminino

HISTÓRICO: Paciente vítima de acidente de motocicleta no dia 16/3/08, com ferite profunda em região lateral D, desferida das 1 a 4 costelas Costela D, El paciente experts do Hôlix D.

ESCALA DE GLASSOW: 15

ABERTURA OCULAR

- Espontânea  
 Consciente  
 A dor  
 Nenhumas

RESPOSTA VERBAL

- Orientado  
 Confusa  
 Palavras Inapropriadas  
 Palavras Incompreensíveis  
 Murchas

RESPOSTA MÔNICA

- Obedece a comando  
 Localiza dor  
 Movimento de retina  
 Flexão anormal  
 Extensão anormal  
 Murchas

SINAIS VÍTAIS:

Taxa 120 BPM R 10 mmHg PA 130/80 mmHg SPO2 97 mg/dL

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- Exame Intubação Venosa  
 Aspiração Medicação  
 Consulta Outros: Sutura

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Anamnese e exame físico

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

12 JUL 2019

HOSPITAL DE DESTINO:

Hospital: HUT

Clínica/Pronto: Ortopédia

9036097800 X PVAT

Dr. Rdo Nonato Monteiro

MÉDICO

CRM PI 6489



NOME DO PACIENTE: Raimunda mendes da Silva  
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 420289

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. Olito Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017 770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

*Copia para EMZOR*  
*Teresina preste*

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: RAIMUNDA MENDES DA SILVA		Frontuário: 420289
Mãe: MARIA FERREIRA DA SILVA	Pai: URSOLINO MENDES DA SILVA	
End. Resid.: FAZENDA BOA VISTA I - ZONA RURAL - SÃO FELIX DO PIAUÍ - PI - CEP: 64375-000		
Nascimento: 26/11/1952	Idade: 63a:10m:23d	Sexo: Feminino Fone: 89-99937-0761
Responsável: CICERA MENDES DA SILVA	CNS: 704301513889693	
Profissão: LAVRADORA	Documento: MATURIZENOR ROCHA	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E. Civil: Casado/a - VIDA CONVIVENCIAL	
End. Local.: - - -	PNT: C/ Coânia	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 570125	Data: 18/09/2016 22:35:47	Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Nâo	Acid. Trajeto: Nâo	Acid. Trab. Típico: Nâo
		CID Secundário: V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	Evento Principal: Dor moderada	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Amarelo
Breve História: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA CERCA DE 6 HORAS, SEM CAPACETE, APRESENTA CORTE EM COJO CABELOU, REFERE DOR TORÁCICA QUE PIGRA COM A RESPIRAÇÃO PROFUNDA, ESCORNIÇÕES EM MAMÍBRAS.		Profissional Clas. Risco: MARIA DAS GRACIAS DE MELO SOUSA COREN - 377093 Em: 18/09/2016 22:47:57	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: 29:00)

Acidente automobilístico (sic) - com um carro colidido de trás para a frente. O membro contatua com mais ecotegorios, explica.  
Inhalou fumaça fófola. Nas últimas horas tem feixas amarelas. Nega infecção alcoólica. Rejea ter tido agudos pouco tempo após o acidente. Diz a suspeição profunda de hipocôndrio direito.  
O: TC normal / Rx fófex, com levemente / fadela.

PA: _____ mmHg	P脉: _____ bpm
Diagnóstico Inicial: _____	

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

_____	
_____	
_____	

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:	Se Internação, indique o Procedimento e CID	
DATA: / /	HORA: : :	Procedimento _____ CID _____

Raimunda da Silva  
Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

Imp: 18/09/2016 22:44:32  
(MARIA MELO)

**FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**

## DADOS DO PACIENTE:

Nome: RAIMUNDA MENDES DA SILVA		Frontuário: 420289
Mãe: MARIA PEREIRA DA SILVA	Pai: URSULINO MENDES DA SILVA	
End.Resid.: FAZENDA BOA VISTA ] - ZONA RURAL - SAO FELIX DO PIAUI - PI - CEP: 64375-000		
Nascimento: 26/11/1952	Idade: 63a:10m:23d	Sexo: Feminino Fone: 89-99937-0761
Responsável: CTCERA MENDES DA SILVA	CNS: 704301513889693	
Profissão: LAVRADORA	Documento:	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Casado(a)	
End.Local.: - - -		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 570125	Data: 18/09/2016 22:35:47	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 20/09/16 02:00h	ESPECIALISTA: NCR
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: TCE	TCE Crânio: Sem lesões que indiquem evolução NCR E20: Sem conduta NCR
Carimbo/Assinatura solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : :	Dr. Elton Bezerra CRM: 01.384.833-76 NEUROLOGIA SUS
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 19/09/16 02:15	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Dor nas costas	Dr. Hugo José Soares Sales da Silva Ortopedia e Traumatologia da Coluna Vertebral Carimbo/Assinatura solicitante
DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : :	Dr. Hugo José Soares Sales da Silva Ortopedia e Traumatologia da Coluna Vertebral Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer





Nº. da Autorização de Internação Hospitalar

031100001

Data Emissor: 26/11/2016

173118

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTO-DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

41H : 20161036034-H  
UNI : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)  
RAIMUNDA MENDES DA SILVA  
DT. LIBERA: 26/09/2016 DT. LIBERA: 26/09/2016  
CNPJ: 0408050470 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISIÁRIA  
PRESU: 0408050470  
SP. SIST: CLÍNICO  
CID : 8974

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:  
**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA -**  
3-Nome do estabelecimento executante:  
**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA -**

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	RAIMUNDA MENDES DA SILVA	6 - Prontuário:	420289
7-CNS:	704301513889693	8-Nascimento:	26/11/1952
11-Mãe:	MARIA PEREIRA DA SILVA	9-Sexo:	Feminino
13-Resp:	CICERA MENDES DA SILVA	12-Fone:	89-99937-076
15-Ender:	FAZENDA BOA VISTA ] - ZONA RURAL - CEP: 64375-000	14-Cor:	Parda
16-Munic:	SÃO FELIX DO PIAUÍ	17-Cod.IBGE:	220960
		18-UF:	PI
		19-CEP:	64375-000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1 - Principais sinais e sintomas clínicos:  
**PACIENTE COM FRATURA DE HÁLUX DIREITO**

21 - Condições que justificam a internação:  
**TRATAMENTO CIRÚRGICO**

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

23-Diagnóstico Inicial:  
**Fratura do hálux**

24-CID 9.0: 8920 DE CORRETORA DE SEGURO

25-CID 9.0-Acc. 12 JUL 2019

26-CID 9.0-Acc. 12 JUL 2019

27-CID 9.0-Acc. 12 JUL 2019

28-CID 9.0-Acc. 12 JUL 2019

29-Proced.: 27-Procedimento Solicitado:  
0408050470 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISIÁRIA DOS PODODACTILOS

30-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02 01 CPF 978.762.163-15

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

HUGO JOSE SOUSA SALES DA SILVA

18/09/2016

35-Ass.Crimbo Med. Pq. (CRM)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-( ) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-( ) Acidente Trabalho Típico			
38-( ) Acidente Trabalho Trajeto	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CEOR:

45 - Vínculo com a Previdência:

( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

260916

José Gomides Cordeiro Filho  
Médico Auditor DRCAA/SMIS  
CPF: 026.100.753-15  
CRM: 20383/990030000  
50-Ass.Crimbo (Rg.Conselho)

Usuário: (CECILIA BRITO)  
Consulta Local: 570125  
Consulta SUS:

46 - Nome do Profissional Autorizado:

mento: 49-Num. Documento:

ICPF

ra Paciente ou Responsável:

rito





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº 17318

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 19/09/2016

NOME DO PACIENTE: Raimunda mendes da silva		CHAPÔNUARIO Nº: 420289
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Nº DA SALA: 06	
CIRURGIÃO:	CPF Nº:	
AUXILIAR:	CPF Nº:	
ANESTESIA:	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA: Alcentino	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº 7,5	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 6,5	PAR	04	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	03	
ALCOOL 70%	ML	40		PVPI DE GERMANTE	ML	80	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	60	
ÁGUA OXIGENADA	ML	60		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO- GOTAS	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	40		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	UNID.	01		Enxerto	UNID.		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<i>DPVAT - 12 JUL 2018</i>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<i>DPVAT - 12 JUL 2018</i>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<i>DPVAT - 12 JUL 2018</i>			
CAT. GUT. CROMADO S/AG				<i>DPVAT - 12 JUL 2018</i>			
ALCOFIL				<i>DPVAT - 12 JUL 2018</i>			
MONONYLON	3,0	02		ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE:			
VICRYL				<i>laidasilva</i>			
PROLENE							





FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Raimundo Mendes da Silva  
Fratura exposta de dedo X

Diagnóstico pré-operatório

Lux + Fixado com fixar.

Operação - Tipo

Lux + Fixado com fixar.

Cirurgião

1º Assinante

2º Assinante

3º Assinante

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(s)

Data da Operação

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Fratura exposta de  
Hallux (0)

Relatório Imediato do Patologista

0408050970 - SA29

Acidente Durante a Operação

### Descrição da Operação

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

PJ CORRETO RJ  
DE SEGUROS

12 JUL 2019

DPVAT

Desbrid. Ossos

Aspirin + Antinevr.

Arestou local com lise curva di. rev

Voz

Aspirin + Antinevr.

Princíp. 11 Cmap Críptico

Limpzeza com SF 04 Alumínio

Princíp. 11 F 19 Rixschw no Hnul

Lyosterm

Sutura

Dr. Hugo José Sousa Sales da Silva  
Ortopedista e Traumatologista  
da Clínica Veterinária  
Q.M. P.1368

MOD. 76 - HUT





## **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

四三

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS-OPERATÓRIO - SRPA

NOME Priscila da m. de Souza IDADE anos DATA / / 2016  
 HORÁRIO DE ADMISSÃO hs. min TIPO DE ANESTESIA  GERAL  RAQUE  BLOQUEIO  PERIDURAL  
 CIRURGIA REALIZADA Fist. notur. (2) (lmc) CIRURGIÃO

SINAIS VITais	HORÁRIO				
	ADMISSÃO				SAIDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	<u>140/82</u>				
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>73</u>				
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>100%</u>				
TEMPERATURA AXILAR (0° C)	<u></u>				
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (/min)	<u></u>				
NOME E MATRÍCULA	<u>Gilvane</u>				
ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK					
TIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 [ ]	2 [ ]	2 [ ]
	Movimenta dois membros	1	1 [ ]	1 [ ]	1 [ ]
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 [ ]	0 [ ]	0 [ ]
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 [ ]	2 [ ]	2 [ ]
	Apresenta disnea ou limitação da respiração	1	1 [ ]	1 [ ]	1 [ ]
	Tem apneia	0	0 [ ]	0 [ ]	0 [ ]
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 [ ]	2 [ ]	2 [ ]
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 [ ]	1 [ ]	1 [ ]
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 [ ]	0 [ ]	0 [ ]
CONSCIÊNCIA	Está lucido e orientado no tempo e espaço	2	2 [ ]	2 [ ]	2 [ ]
	Desperta, se solicitado	1	1 [ ]	1 [ ]	1 [ ]
	Não responde	0	0 [ ]	0 [ ]	0 [ ]
SATURAÇÃO O <sub>2</sub>	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 [ ]	2 [ ]	2 [ ]
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	1 [ ]	1 [ ]	1 [ ]
	Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	0	0 [ ]	0 [ ]	0 [ ]
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	(1) NADA (2) DOR (3) DOR (4) DOR (5) DOR (6) DOR (7) DOR (8) DOR (9) DOR (10) DOR	TOTAL <u>50</u>			
ESCALA DOR ALTA	(1) NADA (2) DOR (3) DOR (4) DOR (5) DOR (6) DOR (7) DOR (8) DOR (9) DOR (10) DOR	ASS. <u>M. Apneia</u> <u>10</u> <u>15</u> <u>20</u> <u>25</u> <u>30</u> <u>35</u> <u>40</u> <u>45</u> <u>50</u> <u>55</u> <u>60</u> <u>65</u> <u>70</u> <u>75</u> <u>80</u> <u>85</u> <u>90</u> <u>95</u> <u>100</u>			

DISPOSITIVOS  SONDA VESICAL  SONDA NASO / ORO  DORENO DE SUCCÃO  COLOSTOMIA  DRENAGEM TORACICO  DVE  OUTROS \_\_\_\_\_  
 OBSERVAÇÃO: VOLUME / ASPECTO \_\_\_\_\_

VOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

07:30 Pde. mais adiante da pl. equipe de reute. Consultante, orientada, pôrás, respirar ar ambiente em PCF de lmc + gatas de malaia 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100

08:35 Encaminhada a enfermagem BOPE 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA <u>090/100</u> <u>100/100</u> <u>100/100</u> <u>100/100</u> <u>100/100</u> <u>100/100</u>	HORÁRIO <u>A 10:00</u>	ANESTESIOLOGISTA <u>A 10:00</u>
---	------------------------	---------------------------------

ENCAMINHAMENTO  EXTERNO  SALA DE GESSO  IMAGENS E GRÁFICOS

POSTO:  1  2  3  EMERGÊNCIA PED. UTI:  PED  NEURO  GERAL  4  QUEIM. CLÍNICA:  PED  ART  NEU  CIR  MÉD

Sem Rx





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otto Cito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 06.522.917/0022-07

## LAUDO MÉDICO

Paciente:	<b>RAIMUNDA MENDES DA SILVA</b> (Prontuário: 420289)		
Endereço:	FAZENDA BOA VISTA ] - ZONA RURAL - SAO FELIX DO PIAUÍ - PI CEP: 64375-000		
Nascimento:	26/11/1952	Idade: 63a10m10d	Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 173118
Raquisição:	677222	Solicitação: 19/09/2016	Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle:	846389	Convênio: S U S	CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 235 EXTRA 002

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 19/09/2016

#### PE OU PODODACTILO DIREITO

O estudo radiológico do pé direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
 Os seguintes aspectos observados:

- Controle pós-operatório de fratura no hálux distal.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão: Controle pós-operatório de fratura no hálux distal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 06/10/2016

**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687  
 Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 17:29:55  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007131729555910000010210719>  
 Número do documento: 2007131729555910000010210719

Num. 10766122 - Pág. 14



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - CEP: 86.321-5445  
Teresina-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDA MENDES DA SILVA** (Prontuário: **420289**)  
Endereço: **FAZENDA BOA VISTA ] - ZONA RURAL - SAO FELIX DO PIAUÍ - PI CEP: 64375-000**  
Nascimento: **26/11/1952** Idade: **63a10m3d** Sexo: **Feminino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **570125**  
Requisição: **677185** Solicitação: **19/09/2016** Solicitante: **RAFAEL LEVI LOUCHARD SILVA DA CUNHA**  
Controle: **846311** Convênio: **S U S**

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060150

Data Exame: 19/09/2016

#### PE OU PODODACTILO DIREITO

O estudo radiológico do pé direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura completa recente na falange distal do hallux.
- Aumento de volume de partes moles.

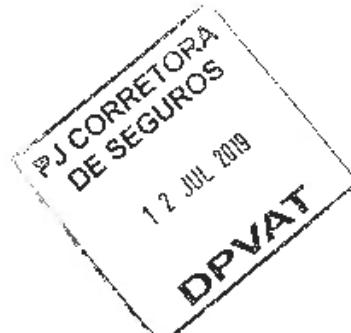
(Luis Cezar)

TERESINA - PI 29/09/2016

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Confendo e Liberado por Senha em: 29/09/2016 14:31:28



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 17:29:55  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007131729555910000010210719>  
Número do documento: 2007131729555910000010210719

Num. 10766122 - Pág. 15

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUIT**  
Av. Dr. Otávio Tito 1920 - Residencial - Poco: 06 3217 5115  
TERESINA-PI CEP: 64017-270 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDA MENDES DA SILVA** (Prontuário 428286)  
Endereço: FAZENDA BOA VISTA J - ZONA RURAL - SAD FELIX DO PIAUÍ - PI CEP: 64375-000  
Nascimento: 25/11/1962 Idade: 53 anosd Sexo: Feminino Organ: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 570125  
Registado: 677166 Solidarização: 19/09/2016 Solicitante: RAFAEL LEVI LOUCHARD SILVA DA GUNHA  
Controle: 646311 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204680150

Data Exame: 18/09/2016

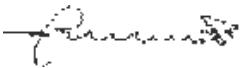
### PE (OU PODOTÁCILIO) DIREITO

O estudo radiológico do pé direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura completa recente na falange distal do hallux.
- Aumento de volume de partes moles.

(Assinatura)

TERESINA - PI 29/09/2016

  
**CARLOS AUGUSTO MOURA PE**

CPF: 163.903.173-68 CRM PI 1341  
Conferido e Liberado por Sente em: 29/09/2016 14:31:28





**HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Octavio Tito 1220 - Bairro: 26 de Maio 54415  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-82

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **RAIMUNDA MENDES DA SILVA (Fronteira 428280)**

Endereço: FAZENDA BOA VISTA J - ZONA RURAL - BAIXO FELIX DO PIAUÍ - PI CEP: 64075000

Nascimento: 25/11/1962 Idade: 53 anos 10m Sexo: Feminino Unidade: INTERNAÇÃO Atendimento: 173118

Requisição: 677222 Sollicitação: 19092010 Solicitante: Fábio Marcos de Sousa

Controle: 846309 Unidade: 8 U S Clínica ORTOPEDICA - PT1 Enfermaria 209 Extra 022

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204960160

Data Exame: 19/09/2010

### PF OU PODORÁCTILE IBRÉTICO

O estudo radiológico do pé direito foi realizado nas incidências em parâfisi.  
 Os seguintes aspectos observados:

- Controle pós-operatório de fratura no hálux distal.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão: Controle pós-operatório de fratura no hálux distal.

(Assinatura)

TERESINA - PI 06/10/2010

**GERSON LUIS MEDINA PHAU**

CRM: 096.635.049-20 CRM-PI 2027

Profissional Responsável









IMG\_20180107\_131132674.jpg

10/07/2019



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 17:29:55  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071317295559100000010210719>  
Número do documento: 20071317295559100000010210719

Num. 10766122 - Pág. 20



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, José Alves da Costa

RG nº 1.276.828, data de expedição 26/09/13,

Órgão SSP-Pi, portador do CPF nº 545.923.653-20,

com domicílio na cidade de São Félix do Piauí, no Estado de  
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua de Contalicia, nº 51m,

complemento Centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Raimunda Mendes da Silva, cujo o condutor era

Raimunda Mendes da Silva.

Veículo: motocicleta Modelo: Honda CG 125 FAN ES Ano: 2010/2010\*

Placa: NIF-6734 Chassi: 9C2J5CH1QAR083239

Data do Acidente: 18/09/16

Local e Data: São Félix do Piauí - PI - 26.06.2019

José Alves da Costa

Assinatura do Declarante

Raimunda Mendes da Silva

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro)

Reconheço ser verdadeira a assinatura  
de: JOSÉ ALVES DA COSTA  
E RAIMUNDA MENDES DA SILVA

São Félix(Pi), 26/06/2019

Márcio Alves da Costa Sines  
Oficial (Servidor Designado)

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

12 JUL 2019

DPVAT





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos seguintes abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 21 29 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

<sup>1</sup> SUPRINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGUERO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Carla de Souza Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.394.433 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Raimundo Mendes da Silva Inscrito (a) no CPF sob o N° 535.149.633 / 04,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Raimundo Mendes da Silva,

inscrito (a) no CPF sob o N° 535.149.633 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 Sete de Setembro</u>	Número:	<u>244</u>	Complemento:	<u>Centro</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Elesbão Veloso</u>	Estado:	<u>Piauí</u>
E-mail:	<u>carla.adriana.silva@gmail.com.br</u>				

Local e Data: Elesbão Veloso, PI - 09.07.2019

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

12 JUL 2019

DPVAT

Adriana Carla de Souza Silva

Assinatura do Declarante





Para contato  
bonosco, informe  
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

1131812-0

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.3B3-4  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

CONTA MÊS  
**JULHO/2019**

VENCIMENTO  
**17-07-2019**

Nº da Nota Fiscal **024239990**

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

CONSUMO (kWh)  
**85**

TOTAL A PAGAR (R\$)  
**51,91**

RAIMUNDA MENDES DA SILVA  
LC BOA VISTA S/N FAZ. SAO SEBASTIAO B-RURAL  
CPF: 00053514963304

D/CEP 0641375-000 - SAO FELIX DO PIAUI

Atual:

Anterior: 9742

Constante de Multiplicação: 9657

Consumo Medido: 1,000

Consumo Faturado: 85

Forma de Faturamento: C605 de Irregular FGAM

DATAS DA LEITURA

Atual:

Anterior: 10/07/2019

Próxima Leitura: 10-06-2019

Emissão: 08-08-2019

Apresentação: 09-07-2019

Dias de Consumo: 10-07-2019

Classe/Subclasse	NORMAL	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	Posto	Código Post.	Média 12 meses
Ligação		Número Medidor		30	

RURAL/RICO kWh  
Mês/ano consumo

MONO A1083828 ESCRITURAÇÃO DA CONTA 4.1.2.1

89

MES/ANO	KWH
JUN/19	81
MAI/19	94
ABR/19	73
MAR/19	79
FEV/19	71
JAN/19	89
DEZ/18	81
NOV/18	101
OUT/18	96
SET/18	111

CONSUMO	A R\$ 0,606471 =	51,55
BONUS ITAPIU - ART. 21 LEI N.		0,88-
CORRECAO MONETARIA IG 06/19-00		0,12
MULTA POR ATRASO 06/19-00		0,99
JUROS POR ATRASO 06/19-00		0,13
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0		

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 85 - 0,435710



### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 09-07-2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

Até o dia 09-07-2019, para evitar a cobrança de juros e multas, é importante que o pagamento seja feito no prazo estabelecido na fatura ou no dia 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por meio de nossos canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

**TIM**  
**BLACK**

H.S.A.  
Av. Lins de Souza Nogueira, 1914  
ENTRADA - TERESINA - PI  
NPI: 02.421.421/0025-08 - IE: 154445895  
NPI da Matriz: 02.421.421/0001-11

Página 1 de 4

**R\$ 215,71**

**VENCIMENTO**

**25/04/2019**

EMISSÃO: 07/04/2019

POSTAGEM: 16/04/2019

FATURA: 375019025

CLÍENTE: 9.874.23.123

CPF/CNPJ: 845.994.1.053

ACESSO: 86.99999.3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

**ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**  
RUA SETE DE SETEMBRO, 244  
CENTRO  
64325-000 - ELESBÃO VELOSO - PI

**IMPORTANTE PARA ADRIANA**

Por motivo de cliente, excepcionalmente neste mês você poderá pagar sua fatura até o dia 28/04/2019, sem cobrança de juros e multa.

**RESUMO DA SUA CONTA DE 07/MAR A 06/ABR**

Serviços TIM S.A.	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/> Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 199,99
<input checked="" type="checkbox"/> CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 5,39
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 1,46
<input checked="" type="checkbox"/> COBRANÇAS DE OUTRAS OPERADORAS	R\$ 8,97

**VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007**

**4ENSALIDADES**

Contagens que seu plano oferece:  
**Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓSISMP)**  
 10 GB de Internet  
 Minutos locais e DDD com 41  
 10GB de Internet para Vídeo  
 TIM Music  
 TIM Banco Virtual  
 TIM Backup 30GB

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	-	1	31	07/03 a 06/04	158,74
10GB	-	1	31	07/03 a 06/04	158,74
Limitado	109m54s	1	31	07/03 a 06/04	158,74
-	-	1	31	07/03 a 06/04	158,74
-	-	1	31	07/03 a 06/04	158,74
-	-	1	31	07/03 a 06/04	158,74
-	-	1	31	07/03 a 06/04	158,74
-	-	1	31	07/03 a 06/04	158,74

**MAIS DETALHES DA SUA CONTA**

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-lo, visite [www.appmeutim.com.br](http://www.appmeutim.com.br) do seu celular TIM, Central de Atendimento: 1056

**APÓSTO TIM S.A.** ALÍQUOTA BASE DE CÁLCULO VALOR FUST: R\$ 1,01 FUNTEL: R\$ 0,30  
 IHS: 50% R\$ 150,00 R\$ 45,26  
 ISOCFINS - Serviços Telecom 3,65% R\$ 5,45  
 ISOCFINS - Serviços NBC Telecom 4,65% R\$ 6,60  
 ISOCFINS - Serviços NBR Telecom 9,25% R\$ 14,54  
  
 \* O desconto é de 12,7412022  
 \* Contribuições de FUST (1%) e FUNTEL (0,3%) não são repassadas às tarifas

Informações Complementares - Planos e Tarifas  
 Indicação HSGP (Planos)  
 Franquia(s) R\$ 145,48  
 SVA R\$ 54,50  
 Desconto(s) Franquia(s) R\$ 0,30  
 Desconto(s) SVA R\$ 0,00

**DPVAT CORRETORA DE SEGUROS**

12 JUL 2019

**DPVAT**

**TIM**

Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar o conta em débito automático e pode pagar suas faturas de internet em todo mês. Para mais informações e condições, acesse [www.tim.com.br](http://www.tim.com.br) ou ligue para o centro de atendimento: 1056

**NOME DO CLIENTE**

**ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

**IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO**  
00000009121536776014

**MÊS DE REFERÊNCIA**  
ABR/2019

**DATA DE EMISSÃO**  
07/04/2019

**DATA DE VENCIMENTO**  
25/04/2019

**VALOR**  
R\$ 215,71

VIA DANTE

84610000002 - 1 15710109011 - 4 00375919025 - 3 40121536776 - 4

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 17:29:55

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007131729555910000010210719>

Número do documento: 2007131729555910000010210719

Num. 10766122 - Pág. 24

 <b>Eletrobras</b> Distribuição Piauí		Para contato com a Eletrobras, informe o seu NÚMERO <b>1131812-0</b>																					
<b>COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ</b> Av. Maranhão 739 - Centro/Sul - Teresina - PI CNPJ 06.402.748/0001-09   Ins. Estadual 10.201.383-5 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1 Regime especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 06/796 A Tarifa Social da Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.456 de 26 de abril de 2002.																							
<b>CONTAMES</b>	<b>VENCIMENTO</b>	<b>CONSUMO (KWH)</b>	<b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b>																				
DEZEMBRO/2018	18/12/2018	81	49,31																				
RAIMUNDA MENDES DA SILVA IC BOA VISTA S/N FAZ. SAO SEbastiao K-RURAL, CPF: 00053514965304 CEP: 64.375-000 - SAO FELIX DO PIAUÍ																							
<b>METRAS DE LEITURA</b> Atual: 9170 Anterior: 9089 Constante de Multiplicação: 1.000 Consumo Modulado: 81 Consumo Faturador: 81		<b>DATAS DE LEITURA</b> Atual: 12/12/2018 Anterior: 12/11/2018 Próxima Leitura: 09/01/2019 Emissão: 10/12/2018 Apresentação: 12/12/2018																					
<b>NORMAL</b>   Código de Invulnerabilidade: 30   Data de Consumo: 30																							
<b>DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA</b> CNPJ: 00.000.000/0001-00   Nome: PJ CORRETORA DE SEGUROS   Endereço: Rua das Flores, 123   Bairro: Centro   Cidade: São Félix do Piauí   UF: PI   CEP: 64.375-000   Fone: (86) 3644-1100, 6412-8090, 6410-8616																							
<b>MENSAGENS IMPORTANTES / REVISÃO DE VENCIMENTOS</b> RE: RESOLUÇÃO ANEEL 2/440/2015 - VAI A PARTIR DE 02/12/2018, ACOMPANHE LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA O PCAA JENCIAMENTO 1 5 10 15 20 25 Parabéns! Até o dia 10/12/2018, não constatamos furtos em suas residências nessa Unidade Consumidora. <b>DPVAT</b>																							
<b>DETALHAMENTO DA FOLHA DE CÁLCULO</b> <table border="1"> <tr> <td>Distritânea: 14,07</td> <td>Base de Cálculo: 22,30%</td> </tr> <tr> <td>Energia: 2,84</td> <td>Alíquota ICMS: 10,50</td> </tr> <tr> <td>Transmissão: 2,88</td> <td>Valor do ICMS: 0,70</td> </tr> <tr> <td>Encargos: 14,46</td> <td>Valor do PIS: 3,26</td> </tr> <tr> <td>Total: 44,25</td> <td>Valor do COFINS: 7,31</td> </tr> </table>				Distritânea: 14,07	Base de Cálculo: 22,30%	Energia: 2,84	Alíquota ICMS: 10,50	Transmissão: 2,88	Valor do ICMS: 0,70	Encargos: 14,46	Valor do PIS: 3,26	Total: 44,25	Valor do COFINS: 7,31										
Distritânea: 14,07	Base de Cálculo: 22,30%																						
Energia: 2,84	Alíquota ICMS: 10,50																						
Transmissão: 2,88	Valor do ICMS: 0,70																						
Encargos: 14,46	Valor do PIS: 3,26																						
Total: 44,25	Valor do COFINS: 7,31																						
<b>INDICADORES DE CONTINUIDADE</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DIIC</th> <th>FIC</th> <th>DMIC</th> <th>DMCP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Minut</td> <td>7,27</td> <td>14,53</td> <td>29,06</td> <td>3,68</td> </tr> <tr> <td>Linha</td> <td>9,00</td> <td></td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>Residência</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					DIIC	FIC	DMIC	DMCP	Minut	7,27	14,53	29,06	3,68	Linha	9,00		0,00	0,00	Residência				
	DIIC	FIC	DMIC	DMCP																			
Minut	7,27	14,53	29,06	3,68																			
Linha	9,00		0,00	0,00																			
Residência																							
<b>NOVO ORIENTE</b> Periodo de Referência: 10/2018   Total a Pagar: 19,60																							
 <b>Eletrobras</b>		<b>SEU CÓDIGO</b> 1131812-0   <b>TOTAL A PAGAR - R\$</b> 49,31																					



**GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ  
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PARÁ  
SERVIÇO DE CONTROLE DA Malaria**  
**DR. DÉVIO DE CARVALHO**

DATA 18-08-16 19:00

HOSPITAL SOLIDARITANTE Ambul. Botelho São Félix  
MÉDICO Raimundo Novais Moutinho CRM: 64489

#### **REFERENCES AND NOTES**

#### **REFERENCES**

Raimunda Mendes da Silva

Sección 13 Secta 7 Masculino (X) Feminino

Pociente Vilma de residente de motocicleta en  
16-30h. con este resultado, en la 2da etapa, se realizó  
referido por el otro conductor, el policía experto  
del tránsito.

ESCALA DE GLASGOW: 15

<b>ABERTURA OCULAR</b>	<b>RESPOSTA VERBAL</b>	<b>RESPOSTA MOTORA</b>
✓ - Espontânea	5 - Orientado	6 - Orientado a comando
3 - Comandos	4 - Confuso	5 - Localiza dor
2 - A dor	3 - Palavras Inapropriadas	4 - Movimento de refleto
1 - Resposta	2 - Palavras Incoerentes	3 - Flexão unimal
	1 - Nenhumas	2 - Extensão atônica
		1 - Automática

~~SEARCHED INDEXED SERIALIZED FILED~~ 120/62 ~~SEARCHED INDEXED SERIALIZED FILED~~ 127 ~~SEARCHED INDEXED SERIALIZED FILED~~

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

1) Drenagem  2) Fibrinólise Venosa  
 3) Aspiração  4) Medicación  
 5) Coagulação  6) Outros: Infarto

**EXAMES REALIZADOS:** *Exame óptico*

HOSPITAL DE DESTINO  
Hospital: HUAT  
Clínica: 00000000000000000000000000000000

Dr. Rão Nonato Monteiro

MÉDICO  
CEP: 816489

July 2019

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 17:29:55  
<http://tjpi.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071317295559100000010210719>  
Número do documento: 20071317295559100000010210719

Num. 10766122 - Pág. 26



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

535.149.633-04

Raimunda Mendes da Silva

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

Nome completo:

Raimunda Mendes da Silva

CPF:

535.149.633-04

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Aposentada

Localidade: Boa Vista

Sin

zona rural

Bairro:

Cidade:

CEP:

zona Rural

Sao Felix do Pará

64.375-000

E-mail:

Estado:

Pará

Tel.(DDD):

Recurso - se.

(86) 99981-6008

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

## DADOS CADASTRAIS

## RENDIMENTO:

 REUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 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) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Bradesco (237) Itaú (341)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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

AGÊNCIA: 1606

CONTA: 76.126

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):** Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que essa autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renuncia 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  Víviro Data do óbito da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

## PJ CORRETORA DE SEGUROS

12 JUL 2019

Assinatura

DPVAT

Assinatura

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) Assinatura de quem assina o RG

Raimunda Mendes da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

01/2018

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 17:29:55  
http://tpj.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007131729555910000010210719

Número do documento: 2007131729555910000010210719

Num. 10766122 - Pág. 27



**CAIXA**  
POUPANÇA

6277 8017 5738 0609

6277

VALIDO ATE

10/24

RAIMUNDA MENDES DA SILVA

1606 013 00076126-4



elo

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

12 JUL 2019

DPVAT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 17:29:55  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071317295559100000010210719>  
Número do documento: 20071317295559100000010210719

Num. 10766122 - Pág. 28



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA GERAL DE PÓLICIA CIVIL  
GERÊNCIA DE PÓLICIA DO INTERIOR  
DELEGACIA DE PÓLICIA DE BARRO DURO-PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 184/2019

Unidade Policial: DRPC BARRO DURO-PI      Resp. pelo Registro: MARCO SUEL DA SILVA  
Autoridade Policial: BEL SÉRGIO SOUSA ALENCAR      Data / Hora: 26/06/2019 - 10:00

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável: DRPC BARRO DURO-PI      Data / Hora: 18/09/2016 - 17:00  
Município: SÃO FELIX DO PIAUÍ-PI      Bairro: ZONA RURAL

Endereço: PI-225

Complemento:

DADOS DO INFORMANTE

Nome: RAIMUNDA MENDES DA SILVA  
Documentos: RG:1.933.513      SSP-PI: CPF:5351  
499633-04      Filiação: MARIA PEREIRA DA SILVA/URSULINO  
Nacionalidade: BRASILEIRA      MENDES DA SILVA  
Naturalidade: AROAZES -PI  
Estado civil: casado(a)  
Profissão: TRABALHADORA RURAL  
Nascimento: 26/11/1952      Endereço: Povoado BOA VISTA  
Bairro: ZONA RURAL  
Município: SÃO FELIX DO PIAUÍ-PI  
Telefone(s):

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

- SEGURO DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

Dados do Veículo:

- Tipo: motocicleta  
- Marca/ Modelo: HONDA CG 125 /FAN ES  
- Ano/Modelo: 2010/2010  
- Cor: PRETA      - Placa:NIF 6734  
- Chassi:9C2JC41200AR083239  
- Renavam:00205831052  
- Proprietário: JOSUE ALVES DA COSTA

Narrativa:

QUE se envolveu em acidente automobilístico provocado por abarroamento em vaca que se encontrava deitado na via;

QUE recebeu os primeiros socorros no hospital municipal da Cidade De São Felix do Piaui;sendo transferido para o Hospital De Urgencia da Cidade De Teresina-PI devido a gravidade das lesões, onde foi submetido a procedimento cirúrgico .

MARCO SUEL DA SILVA  
Resp. pelo Registro

RAIMUNDA MENDES DA SILVA  
Resp. pela Informação

Bel Sérgio Sousa Alencar  
Delegado de Polícia Civil





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

535.149.633-04

Raimunda Mendes da Silva

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

Nome completo:

Raimunda Mendes da Silva

CPF:

535.149.633-04

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Aposentada

Localidade: Boa Vista

CEP:

64.375-000

Bairro:

Cidade:

Piauí

zona Rural

Tel.(DDD):

(86) 99981-6008

E-mail:

Recurso - se.

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

## DADOS CADASTRAIS

## RENDIMENTO

 REUSO 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) CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Bradesco (237) Itaú (341)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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

AGÊNCIA: 1606

CONTA: 76.126

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):** Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que essa autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renuncia 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  Víviro 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: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

## TESTEMUNHAS

## PJ CORRETORA DE SEGUROS

Local e Data: São Félix do Piauí - 07.07.2019

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

12 JUL 2019

(\*) Assinatura de quem assina o RG

Raimunda Mendes da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

DPVAT

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RG, 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.

01/2018





**CAIXA**  
POUPANÇA

6277 8017 5738 0609

6277

VALIDO ATE

10/24

RAIMUNDA MENDES DA SILVA

1606 013 00076126-4



elo

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

12 JUL 2019

DPVAT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 17:29:55  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071317295559100000010210719>  
Número do documento: 20071317295559100000010210719

Num. 10766122 - Pág. 31



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 02 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190426932 Vítima: RAIMUNDA MENDES DA SILVA

**Data do Acidente: 18/09/2016 Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

## **Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a). RAIMUNDA MENDES DA SILVA**

abaixo:

Multa: R\$ 0,00  
Juros: R\$ 0,00  
Total creditado: R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: RAIMUNDA MENDES DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000001606

Conta: 000000076126-4

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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 - DAVIS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno 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](http://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](http://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, 16 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190426932 Vítima: RAIMUNDA MENDES DA SILVA

Data do Acidente: 18/09/2016 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a). RAIMUNDA MENDES DA SILVA**

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, contados 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 n° 14573349



Brag 01911/01842 - Carta 01 - INVAN IDEZ



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 17:29:55  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007131729555910000010210719>  
Número do documento: 2007131729555910000010210719

Núm. 10766122 - Pág. 33



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 16 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190426932

Vítima: RAIMUNDA MENDES DA SILVA

Data do Acidente: 18/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

Senhor(a), RAIMUNDA MENDES DA SILVA

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

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00839/00840 - carta\_03 - INVALIDEZ



00060420

Carta nº 14573348



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 17:29:55  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071317295559100000010210719>  
Número do documento: 20071317295559100000010210719

Num. 10766122 - Pág. 34

# 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: 26/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

### \*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDA MENDES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000076126-4

---

Nr. da Autenticação 9020F70D6FCE612F



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 17:29:55  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071317295559100000010210719>  
Número do documento: 20071317295559100000010210719

Num. 10766122 - Pág. 35

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0237251/19

Número do Sinistro: 3190426932

Vítima: RAIMUNDA MENDES DA SILVA

CPF: 535.149.633-04

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 18/09/2016

Titular do CPF: RAIMUNDA MENDES DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

**RAIMUNDA MENDES DA SILVA : 535.149.633-04**

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](http://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: 19/07/2019  
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA  
CPF: 849.394.433-53

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/07/2019  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 17:29:55  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007131729555910000010210719>  
Número do documento: 2007131729555910000010210719

Num. 10766122 - Pág. 36

### PROCURAÇÃO PARTICULAR

#### OUTORGANTE:

NOME: Rosimunda Mendes da Silva  
RG: 1.933.513 ORGÃO EMISSOR: SSP-PI CPF: 535.449.633-04  
NACIONALIDADE: Brasileira EST. CIVIL: Solteira PROFISSÃO: Aposentada  
ENDERECO: Rosimunda da Silva, 3131 N°: 511  
BAIRRO: zona Rural CEP: 64.325-000 CIDADE/UF: Sete Félix do Piauí, PI  
TELEFONE: ( ) ( ) ( )

#### OUTORGADO:

NOME: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

RG: 1.651.371 ORGÃO EMISSOR: SSP-PI CPF: 849.394.433-53

NACIONALIDADE: BRASILEIRA EST. CIVIL: SOLTEIRA PROFISSÃO: AUTÔNOMO.

ENDERECO: RUA SETE DE SETEMBRO N°: 244

BAIRRO: CENTRO CEP: 64.325-000 CIDADE/UF: ELESBÃO VELOSO-PIAUI

TELEFONE: (86) 99981-6008 (86) 99479-9001 (86) 99402-2754

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUÍO MEU SASTANTE PROCURADOR O OUTORGADO ACIMA QUALIFICADO, A QUE CONFIO PODERES ESPECÍFICOS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT E SUAS RESPECTIVAS CONSÓRCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR E SOLICITAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO REFERENTE AO SEGURO OBRIGATÓRIO-DPVAT, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ENVIAR E/OU REQUERER QUAISQUEM DOCUMENTOS NECESSÁRIOS JUNTO ÁS SEGURADORAS CONSÓRCIADAS, INCLUINDO RECEBER INFORMAÇÕES SOBRE PERÍCIA MÉDICA E SOLICITAR REAGENDAMENTO, PODENDO SUBSTÂNCIAR E PRATICAR, ENFIM, TODOS OS ATOS DE DIREITO PERMITIDOS PARA O FIEL E PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MADATO, A FIM DE REQUERER A INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT REFERENTE A:

Rosimunda Mendes da Silva

CPF: 535.449.633-04 DATA DO ACIDENTE: 18 / 09 / 2016

COBERTURA SOLICITADA:  INVALIDEZ PERMANENTE  IDAMS  MORTE

São Sete Félix do Piauí - PI 26.06.2019  
local e data

Rosimunda Mendes da Silva

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

Reconheço ser verdadeira a assinatura  
de: **ROSIMUNDA MENDES DA SILVA**  
/A

190 Fazenda, 26/06/2019

Maria Odete de Oliveira Soares  
Oficial (Servidor Designado)  
Maria Odete de Oliveira Soares

Oficial judicária  
Matrícula nº: 4135854



SEU OFICIAL JUDICÁRIO NO DO PIAUÍ  
CORRETORA DE BARRO DURO - PI  
(CET - UNICA PE FÉU DO PIAUÍ - PI)

