

Controle de documentos x Audiências x Upload x Consulta processos - Pro x 0800499-44.2020.8.18.0 x Merge PDF files online. x + -

tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=510386&ica=bd3663cc1538a552bdaaf71b77d041f0... Pausada

Apps Babylon Search http://feed.helperb... Google www.esdc.com.br/R... hao123 - O melhor... chrome-extension/... Histórico Outlook - helderjus... Questões de conc...

Pje ProceComCiv 0800499-44.2020.8.18.0075 GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGUR...

11157457 - CONTESTAÇÃO (2741902 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 05/08/2020 19:27:24

05 Aug 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 11157455 - CONTESTAÇÃO
 - 11157457 - CONTESTAÇÃO (2741902 CONTESTACAO 01)
 - 11157472 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 11157474 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 11157475 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 11157476 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 11

2741902- C3/ 2020-02929/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SIMPLICIO MENDES/PI

Ativar o Windows
Ativar o Windows.
Exibir todos

prot+cont.pdf c.pdf prot+pç.pdf pç.pdf prot+pç.pdf

19:34 05/08/2020



Número: **0800499-44.2020.8.18.0075**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Simplicio Mendes**

Última distribuição : **12/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 31.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA (AUTOR)		PAULO GONCALVES PINHEIRO JUNIOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11157 472	05/08/2020 19:27	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ
PRAÇA ANTENOR NEIVA
BOIMBÁ, PÍCOS/PI - 64601-391
FONE: (88) 3533.554 - 3102-51
FAX: (88) 3533.554 - 3102-51

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: P0597776

Registro: 216276

Data: 23/12/2018

Hora: 06:11:01

Função: AMPARO

Tipo: CONSULTA

Senha 18

Sexo: MASCULINO

SUS

GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA

Nasc: 19/01/1959 Idade: 29 ANOS 11 MESES 13

Profissão: LAVADOR

Civil: CASADO(A)

CPF: 047101111

End: 64774-00

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: SIMPLICIO MENDES PI

Par: JOSE DE OLIVEIRA NETO

End: 64774-00

Telefone: 88 3533-5555

Celular: 88 9939-6835

Cidade: ACOLHIMENTO

Documento: 527637 - BEATRIZ SANTOS RODRIGUES

Responsável: GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA - O MESMO

Tempo: 0

Peso: Kg

P.A.: 1

Procedimentos

23/12/2018 6:11 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

223505

☒ Sem ☐ Vermelho - Emergência ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: FRATURA NA PERNA

Paciente com fratura da perna esquerda, com dor intensa e inchaço.

Exame clínico/físico: Semelhante a fratura de perna.

Diagnostico provavel: Fratura da perna

☐ NOTIFICAR?

Medicação:

Medicação: Analgésico para dor da perna e anti-inflamatório.

Procedimentos/exames realizados:

Dr. Francisco Manoel Mendes
Clínico Médico
Ass. Técnico

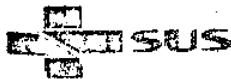
Detalhamento da fratura da perna.

Documentação médico-hospitalar



Hospital Regional Justino Luz
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 23/12/2018
Fundação / Matéria: 108.125.1





SECRETARIA
ESTADUAL DA
SAÚDE DO PIAUÍ



NOME	ALA	APTO	LEITO	R. MET.
PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
DATA: 12/12/19	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO			
1. DIETA ORAL, 30L 36% carboidrato, 30% proteína, 34% gordura	OBSERVAÇÕES			
2. SÉRIE SALINIZADO				
3. OMEPRAZOL, 40 MG VO ÀS 6H				
4. DILTRONA 125 MG AD EV 6/6H, SN				
5. FRAMADOL 100 mg, 1 SF 0,9% 100 ML EV 8/8 SOS				
6. CAPTOPRIL 25 MG-01 COMP., VO DE 8/8H SE PAS				
160MMHG E OU PAD - 110MMHG				
7. OMIDASENTRONA 8 MG EV 8/8H SOS				
8. FENALUI 20 MG AD EV 12/12 H				
9. ASSVETURGI				
10. Captopril 25 mg, 1 SF 0,9% 100 ML EV 8/8 SOS				
11. FENALUI 20 MG AD EV 12/12 H				
12. ASSVETURGI				
13. ASSVETURGI				
14. ASSVETURGI				
15. ASSVETURGI				
16. ASSVETURGI				
17. ASSVETURGI				
18. ASSVETURGI				
19. ASSVETURGI				
20. ASSVETURGI				
21. ASSVETURGI				
22. ASSVETURGI				
23. ASSVETURGI				
24. ASSVETURGI				
25. ASSVETURGI				
26. ASSVETURGI				
27. ASSVETURGI				
28. ASSVETURGI				
29. ASSVETURGI				
30. ASSVETURGI				
31. ASSVETURGI				
32. ASSVETURGI				
33. ASSVETURGI				
34. ASSVETURGI				
35. ASSVETURGI				
36. ASSVETURGI				
37. ASSVETURGI				
38. ASSVETURGI				
39. ASSVETURGI				
40. ASSVETURGI				
41. ASSVETURGI				
42. ASSVETURGI				
43. ASSVETURGI				
44. ASSVETURGI				
45. ASSVETURGI				
46. ASSVETURGI				
47. ASSVETURGI				
48. ASSVETURGI				
49. ASSVETURGI				
50. ASSVETURGI				
51. ASSVETURGI				
52. ASSVETURGI				
53. ASSVETURGI				
54. ASSVETURGI				
55. ASSVETURGI				
56. ASSVETURGI				
57. ASSVETURGI				
58. ASSVETURGI				
59. ASSVETURGI				
60. ASSVETURGI				
61. ASSVETURGI				
62. ASSVETURGI				
63. ASSVETURGI				
64. ASSVETURGI				
65. ASSVETURGI				
66. ASSVETURGI				
67. ASSVETURGI				
68. ASSVETURGI				
69. ASSVETURGI				
70. ASSVETURGI				
71. ASSVETURGI				
72. ASSVETURGI				
73. ASSVETURGI				
74. ASSVETURGI				
75. ASSVETURGI				
76. ASSVETURGI				
77. ASSVETURGI				
78. ASSVETURGI				
79. ASSVETURGI				
80. ASSVETURGI				
81. ASSVETURGI				
82. ASSVETURGI				
83. ASSVETURGI				
84. ASSVETURGI				
85. ASSVETURGI				
86. ASSVETURGI				
87. ASSVETURGI				
88. ASSVETURGI				
89. ASSVETURGI				
90. ASSVETURGI				
91. ASSVETURGI				
92. ASSVETURGI				
93. ASSVETURGI				
94. ASSVETURGI				
95. ASSVETURGI				
96. ASSVETURGI				
97. ASSVETURGI				
98. ASSVETURGI				
99. ASSVETURGI				
100. ASSVETURGI				





ADJ Indústria e Comércio de Fixadores Ortopédicos e Implantes Itc
R. Dr. João de Deus, 140 - Jd. Santa Helena - CEP: 13.082-045 - Campinas/SP

Nome Técnico: Pino de Schanz
Nome Comercial: Pino de Schanz
Material de Fabricação: Aço inoxidável
Registro ANVISA nº: 80100020016
Lote: 1.08.18/173
Fabricação: 11/06/2018
Validade: 11/06/2023

PRODUTO ESTÉRIL

PRODUTO ESTÉRIL

PRODUTO ESTÉRIL

PRODUTO ESTÉRIL

PRODUTO ESTÉRIL



ADJ Indústria e Comércio de Fixadores Ortopédicos e Implantes Itc
R. Dr. João de Deus, 140 - Jd. Santa Helena - CEP: 13.082-045 - Campinas/SP

Nome Técnico: Pino de Schanz
Nome Comercial: Pino de Schanz

PINO DE SCHANZ 5.0 X 180MM ESTÉRIL

Material de Fabricação: Aço inoxidável
Registro ANVISA nº: 80100020016

Lote: 1.08.18/173

Fabricação: 11/06/2018

Validade: 11/06/2023

PRODUTO ESTÉRIL

ÓXIDO DE ETILENO

Qtd: 08

Armazenamento, manuseio
advertências e demais informações
ver instruções de uso

0 000001 008012

Resp técnico: Milqueias Lamira de Andrade
Uso Único. Proibido Reprocessar. CREA Nº 5061920421.



ADJ Indústria e Comércio de Fixadores Ortopédicos e Implantes Itc
R. Dr. João de Deus, 140 - Jd. Santa Helena - CEP: 13.082-045 - Campinas/SP

Nome Técnico: Fixador Externo para Osteossínte
Nome Comercial: Fixador Externo para Ossos

Médios e Longos

FIXADOR LINEFIX 35CM QUADRADO Ref: 3-17-35

Registro ANVISA nº: 80100020006

Lote: 31735/243

Fabricação: 12/06/2018

Validade: 12/06/2021

PRODUTO ESTÉRIL

ÓXIDO DE ETILENO

Qtd: 01

Armazenamento, Manuseio e
demais especificações, Ver
instruções de uso

0 000003 017036

Resp técnico: Milqueias Lamira de Andrade
CREA Nº 5061920421 - Uso Único. Destruir após o uso

Hospital Regional Juscelino Kubitschek
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 13/03/2020
Funcionário / Assinatura: 103.498-1

Dr. GISELE



FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade: <u>UPA - COIMB</u>	Para:
Nome da Pessoa Encaminhada: <u>GENIVAL DOS SANTOS OLIVEIRA</u>	Registro:
Motivo do Encaminhamento: <u>FERIDA EXPOSTA DE PERNA DIREITA</u> <u>(HÍGIA E FÉQUIA)</u>	
Observações: <u>REALIZADO TRATAMENTO</u>	
<u>23/12/18</u> Data	<u>[Assinatura]</u> Responsável pelo Encaminhamento
OBS: Deve ser Arquivada o Centro da Saúde, Unidade Mista e Hospitalar local ou regional.	

FICHA RETORNO

Da Unidade: 	Para:
Nome do Cliente: 	Registro Original:
Diagnóstico e Orientações: Hospital Regional Juscelino Kubitschek CONFERE COM O ORIGINAL Data <u>15/12/18</u> Fundador: J. Kubitschek - 1938	
<u>15/12/18</u> Data	<u>[Assinatura]</u> Responsável pelo Encaminhamento
OBS: Esta Ficha deverá ser devolvida ao local de origem através do próprio paciente devidamente fechada.	



**FEPISERH**Fundação Estadual Piauiense
de Serviços Hospitalares**REGISTRO DE ENFERMAGEM
NO TRANS-OPERATÓRIO CENTRO CIRÚRGICO**Cirurgia: Colectomia Data: 23-12-18

CIRCULANTE	SALA Nº	
ENTRADA NA SO	INÍCIO DA ANESTESIA	INÍCIO DA CIRURGIA
SAÍDA DA SO	TÉRMINO DA ANESTESIA	TÉRMINO DA CIRURGIA
CIRURGIA PROPOSTA:		
CIRURGIA REALIZADA:		
CIRURGIÃO	ANESTESIOLOGISTA	INSTRUMENTADOR
ASSISTENTES: 1º	CRM	2º CRM

MONITORIZAÇÃO	SÍMBOLOS
	☐ PLACA DE BISTURI ELÉTRICO ☐ ELÉTRÓDOS ☐ INCISÃO CIRÚRGICA ☐ OXIMETRIA DE PULSO ☐ PANI
SINAIS VITAIS INÍCIO: PA <u>120/80</u> SAT <u>98</u> FC <u>70</u>	
SINAIS VITAIS TÉRMINO: PA <u>120/80</u> SAT <u>98</u> FC <u>70</u>	

TIPO DE ANESTESIA	☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL COM AGULHA STIMU PLEX	☐ GERAL VENOSA ☒ GERAL I.
☐ BLOQUEIO - SEDAÇÃO	☐ BLOQUEIO PARACERVICAL JELCO Nº 20	☐ LOCAL
☐ BLOQUEIO AXILAR	☐ BLOQUEIO PERIBULBAR	☐ PERIDURAL ☐ COM CATETER
☐ BLOQUEIO DE BIER JELCO Nº 2	☐ GERAL COMBINADA (V+1)	☐ SEDAÇÃO ☐ SEM CATETER
☐ BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL	☐ GERAL INALATÓRIA	☐ SEDAÇÃO + LOCAL
		☐ TÓPICA
☐ TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	☐ COM CUFF	☐ MÁSCARA LARÍNGEA Nº
	☐ SEM CUFF	☐ OUTRAS

POSICÃO INTRA-OPERATÓRIA	☐ DORSAL	☐ GINECOLÓGICA	☐ LATERAL ESQUERDO	☐ SENTADA	☐ TRENCELEMBURG
	☐ VENTRAL	☐ LITOTÔMICA	☐ LATERAL DIREITO	☐ SEMI-FOWLER	

PREPARO DA PELE	☐ PVPI DEGERMANTE	☐ SOLUÇÃO CLORO HEXIDINA
DEGERMAÇÃO	☐ PVPI ALCOOLICO	☐ CLORO-HEXIDINA ALCOOLICO
ANTI-SEPSIA	☐ EQUIPE MÉDICA	☐ EQUIPE ENFERMEIRA
REALIZADA POR		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS	☐ CATETERISMO VESICAL	☐ TRICOTOMIA	☐ PASSAGEM SNG	☐ MSD
	☐ GLICEMIA CAPILAR <u>mg/dl</u>	☐ FUNÇÃO VENOSA	☐ MSE	☐ OUTROS

☐ SONDA URETRAL Nº	☐ COLETOR	☐ UROSTOP	☐ AP BARBEAR	☐ UND.	☐ SNG Nº
☐ SONDA FELEICA	☐ LANCETA	☐ UND.	☐ SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº		☐ JELCO Nº

GRUOTEAMENTO	☐ PAQUETE SANGUE	☐ UND.	☐ GARROTE PNEUMÁTICO	☐ mmHg	☐ NÃO SE APLICA
☐ LOCAL SANGUE	☐ SANGUE	☐ ANTEBRAÇO	☐ COXA		☐ PANTURRILHA
☐ TEMPO	☐ INÍCIO	☐ TÉRMINO			

SERVIÇOS SOLICITADOS	☐ ANATOMOPATOLOGIA	☐ NÍO	☐ N.º DE FRASCOS
☐ LABORATÓRIO	☐ S.º	☐ N.º DE FRASCOS	
	☐ N.º DE FRASCOS	☐ OUTROS	☐ NÃO SE APLICA



FICHA DE SALA

[illegible]



FLAUI

Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP: 64.601-391 - Picos - PI.

[illegible]



UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

TOTOINHO FREITAS, 657,00

OEIRAS NOVA, OEIRAS/PI - 64500-000

CNPJ: 06553564001371

(89) 3462-1213 - () -

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P060983

Registro: 32569

Data: 23/12/2018

Hora: 00:58:00

Funcionario: SILVA

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 8

SUS

GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA

CPF: - RG: 2987662 - CARTAO DO SUS 708001884054021

Nasc.: 05/01/1989 Idade: 29 ANOS, 11 MESES, 18

Profissao:

Civil:

CEP: 64700-000

End.: LOCALIDADE FAZENDA BARRA, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: SIMPLICIO MENDES/PI

Cor: PARDA

Telefone: () -

Mãe: MARIA ANA DA CONCEIÇÃO

Pai: JOSE DE OLIVEIRA

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 6320 - EMMANUEL FRAGOSO BRAGA

SUS: 708001884054021

Responsavel: GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA - O MESMO

Temp.: 0°C

Peso: 0Kg

P.A.: 0

Procedimentos

23/12/2018 0:58 0301060118 ACOPLIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO

23/12/2018 2:13 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

☐ Vermelho - Emergencia☐ Laranja - Muito Urgente☒ Amarelo - Urgente☐ Verde - Pouco Urgente☐ Azul - Nao

ANOTACOES DA CLASSIFICACAO DE RISCO

PACIENTE CONDUZIDO POR AMBULANCIA DE SANTO INACIO-PI, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO TIPO COLISAO (MOTO X OBJETO), HA CERCA DE 01 HORA. APRESENTA POSSIVEL FRATURA EXPOSTA EM MID. INFORMA USO DE CAPACETE. NEGA RNC E VOMITOS AP6S EVENTO. NEGA CONSUMO DE BEBIDA ALCOOLICA. NEGA PATOLOGIA CRONICA E/OU ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. PA:124/61 MMHG

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

23/12/2018 02:13:26

492511-DEXE DANYELLE LOPES SILVA

DADOS CLINICOS

PACIENTE CONDUZIDO POR AMBULANCIA DE SANTO INACIO-PI, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO TIPO COLISAO (MOTO X OBJETO), HA CERCA DE 01 HORA. APRESENTA POSSIVEL FRATURA EXPOSTA EM MID. INFORMA USO DE CAPACETE. NEGA RNC E VOMITOS AP6S EVENTO. NEGA CONSUMO DE BEBIDA ALCOOLICA. NEGA PATOLOGIA CRONICA E/OU ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. PA:124/61 MMHG

DIAGNOSTICO

CID

9999

EXAMES COMPLEMENTARES

PRESCRICAO MEDICA

- 1- TRAMAL 100MG - OIFA + 100ML 1
S.F.O. 9%, EV. LENTO
2- SOLICITO RX PERNA DIREITA - 1
AP E PERFIL
3- IMOBILIZACAO 1

CONDUTA MEDICA

Data: 23/12/2018 Hora: 02:30:20

MRI: (PIUO)

Subst 20121223 15 56 04

nsavel: GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA

6320 - EMMANUEL FRAGOSO BRAGA



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 05/08/2020 19:27:24

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080519272342600000010573452

Número do documento: 20080519272342600000010573452

Num. 11157472 - Pág. 12



UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO - OEIRAS - PIAUÍ

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Genival Jose de Oliveira

ALA: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: 23/12/18

M A N H Ã	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
		0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
		0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
		0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
		0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
		0309010101	SONDAGEM ENTERAL
		0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
		0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO
		0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
		0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

T A R D E	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
		0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
		0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
		0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
		0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
		0309010101	SONDAGEM ENTERAL
		0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
		0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALVIO
		0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

N O I T E	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
	As 02:30h realizado limpeza e troca de atadura da mobilização do membro de membro inferior, material: S.O.S. S.O.S. atadura, esferas, compressa		
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	



RADIOLOGIA DIGITAL

Paciente:
GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA . 30 ano(s)

Data:
15/11/2019

INTERPRETAÇÃO

RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA

Sinais de sequela de fratura / lesão da diáfise proximal da tíbia e da fíbula, com discreto calo ósseo.
Presença de túneis ósseis na diáfise da tíbia, provavelmente relacionados com áreas de inserção de parafusos metálicos cirúrgicos prévios.
Correlacionar com dados clínicos / cirúrgicos.

CLINICA
CARDIOLOGICA
DR. MORCH LTDA
04401177000160

Assinado eletronicamente por: CLINICA
CARDIOLOGICA DR. MORCH LTDA
CNPJ 177220200
Linha de atendimento
Data: 05/11/2020 19:27 Enviado por
Arquiteto de TI: B. Coutinho
e-mail: B. Coutinho@CRM/SC
Fone: 51 3321-3376

MOrsch
TELEMEDICINA

Edilson Yoshito Yuhara - CRM/SC: 15771502 13274

Rua Felipe de Almeida, 360 sala 301 - Fátima - Joinville - SC 89402-950
Fone: (54) 3321-3376 e Fax: (54) 99165-41158 - E-mail: atendimento@morsh.com.br - CRM/SC: 044011770001-50

Edilson Yoshito Yuhara
Edilson Yoshito Yuhara
Médico
CRM/SC: 15771



DATA	HORA	CLIENTE	DATA NASCIMENTO	GNDEREGO
12-18	8:35	José de Sousa Lima Silva	29 anos	Wall Korrin
				He
				do
				miss
12-18	10:35	MANGEL EDUARDO DA COSTA	17.08.63	CARRURAS CAMPINAS
				U
				A
				E
				S
12-18		João Paulo da Silva	24/06/81	F
				al
				nr
				Pr
12-18		João Gabriel de Oliveira	05/01/84	Murphy
				al
				exp
				al
				ok
12-18	16:00	Fernando Paulo da S. Delafino	10-01-97	Wall Korrin
				tax
				al
				nr
12-18	16:50	João Gabriel de Lima	04/12-98	Murphy
				de O
				João

RUA TÁLE DE FEA, PONTE ROSALINA PASSOS
 CNPJ: 06.563.945/0007-98
 Av. Osvaldo Vargas 455 - Centro
 Santo Inácio do Maranhão - PI



Solicitação

Estimado(a) Senhor(a)

SISTEMA DE ATENDIMENTO REGISTRO DE OCORRÊNCIA

AMBULÂNCIA: 001 DATA: 22/07/20
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Av. ...
NOME DO PACIENTE: ...
SEXO: ☒ M ☐ F
SAÍDA DO HOSPITAL: ...
SAÍDA DO SERVIÇO: ...

01- ☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO
02- ☐ ACIDENTE DOMESTICO
03- ☐ QUEDA DE ALTURA
04- ☐ ENFERMIDADE AGUDA
05- ☐ ATORACÃO
06- ☐ OUTROS
07- ☐ CIRCULATÓRIO
08- ☐ QUEIMA
09- ☐ TRAUMATISMO
10- ☐ URGÊNCIA OBSTETRICA
11- ☐ OUTROS
12- ☐ INTERIORES
13- ☐ FALSO CHAMADO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ...
ALERTA ☒ ...
RESPONDE ...
RESPONDE ...
SEM RESPOSTA ...

PULSO: ...
FORTE ☒ ...
FRACO ☐ ...
AUSENTE ☐ ...

OBSERVAÇÃO: Paciente vítima de acidente de trânsito...

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:
☐ ASPIRAÇÃO
☐ OXIGÊNIO
☐ REANIMAÇÃO
☐ CURA
☒ IMC...

CONDIÇÃO DE ENTRADA: ...
☐ MELHORA
☐ Piora
☒ INATERRA...

HOSPITAL: H.P.P. ...
REGISTRO: ...
Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO



REC: ENFERM

Paciente deu entrada nesta Unidade
Mista de Saúde, apresentando na fase e referindo
da toraxica, após os primeiros socorros foi en-
viado para o U.S. Forças — 1 — 2 de 1968

125 #65

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE H.P.P.
ULTIMA DE ACIDENTE UMA QUESADA DE UM
ANIMAL QUADRÚPEDES (JUMENTO), COM SUSPEITA
DE FRATURA NO NARIZ, FEITO OS PRIMEIROS
SOCORROS E ENCAMINHADO PARA VEIAS.

JALDOMIR

555-907-76

Paciente deu entrada neste H.P.P. vítima de acidente motociclista, apresentando ~~lesões~~ ^{fracturas} na face e membros inferiores. Realizados os primeiros socorros e liberado.

Francisco

555-6941E

Pacientul este internat în secția de cardiologie pentru a fi tratat pentru insuficiență cardiacă congestivă (ICC) și hipertensiune arterială (HTA). Este în vârstă de 65 de ani, cu antecedente de HTA de 10 ani și ICC de 5 ani. Este în prezent în stadiul III de insuficiență cardiacă congestivă, cu simptome de dispnee la efort și în repaus, edeme la glezne și tuse nocturnă. Este în prezent în tratament cu furosemid, metoprolol și lisinapril. Este în prezent în tratament cu furosemid, metoprolol și lisinapril. Este în prezent în tratament cu furosemid, metoprolol și lisinapril.

Nedra

Obs. PT que vive a início a florada

Paciente deu entrada neste U. P. M. a presen-
tação de vômitos, púrexia RA: 39 °C, reação
alérgica a dipirona. O mesmo foi internado
na Orlas. — 11 —

Answer:

643-463-25

Por conta das condições muito ruins de saúde, V. Lima e oidente, Marcelo, foram atendidos em uma clínica privada, pagando-se por eles o plano de saúde. Foi suscitado o liberação.

902 ✓

911. 85275 - 2

Dr. Nakas'





ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SIMPLÍCIO MENDES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Benedito Reis S/Nº
CNPJ: 01.751.604/0001-32 – Fone: (89) 3482-1100

ATESTADO MÉDICO

O Sr (a) Amival José de Oliveira

Foi atendido (a) neste centro de Assistência Médica de Simplicio Mendes

Devendo:

☐ Não Realizar Educação Física por um período de ____ dias.

☐ Voltar ao trabalho.

☐ Afastar-se do trabalho hoje.

☒ Afastar-se do trabalho por 60 dia(s). (8880000)

☐ Ficar em repouso por ____ dia(s).

☐ Deficiente físico.

☐ Deficiente Mental.

☐ Goza de Saúde Física e Mental.

☐ Auxílio doença.

☐ Outros: _____

A partir de 08/02/18

CID: Functura orgânica perna D (S820)

OBS: Não é válido c/ rasuras ou mais de um item assinado.

Simplicio Mendes 08/02/18

Dr. Rômulo Rego
Traumato - Ortopedia
CRM-PI 4407 - CRM-PE 14.208
CPF: 102.861.107-70

Carimbo e Assinatura





Exame geral por de Oliveira

Laudo Médico

Paciente com quadro de fratura de fêmur direita há 11 anos, após várias consolidações, porém com perda parcial de força (grau 4) e instabilidade articular (média), resultando em perda de 25% de função do membro D.

CID: 582.2

15111119

Dr. Benedito Veras B. Amorim
Oftalmologista
Cirurgião de Olho
CRM-1455 TRO 14058

1.1. 99 9994 9902 99450.963



 FEPISEH Fundação Estadual Piauiense de Serviços Hospitalares		GUIA DE SOLICITAÇÃO PROCEDIMENTO CONSOLIDADO		CAMPUS DA CMS E/OU UNIDADE SOLICITANTE:	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
Cartão Nacional de Saúde		Nome do Paciente: <i>Ednan Soares Coutinho</i>			
Endereço de Residência		Data Nasc.		Idade	
Bairro		Município		Estado: PIAUÍ	
Código IBGE	CEP	Caráter Atend.		Raça / Cor	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
Código do Procedimento	Descrição do Procedimento				Qtd
Código do Procedimento	Descrição do Procedimento				
Código do Procedimento	Descrição do Procedimento				
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
Descrição do Diagnóstico					Cid 10
OBSERVAÇÃO: (Resultados de provas diagnósticas anteriores, Justificativa Clínica, etc.) <i>Ver anexo</i>					
DATA: <i>05/08/2020</i>		Carimbo / Ass. Solicitante		Realizado em:	





FIEPISERH
Fórum Integrado de Especialidades em Saúde



Hospital Regional Justino Luz - Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-301 - Picos-PI

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Luciano D. de Oliveira
esteve neste hospital dia 30.12.19 das _____ às _____ horas:

- ☐ Acompanhante familiar.
- ☐ Para Atendimento sem afastamento.
- ☐ Para atendimento, devendo permanecer em repouso hoje.
- ☒ Para atendimento devendo permanecer afastado por 30 dias, a partir desta data.
- ☐ Deve retornar para consulta em: _____

Diagnóstico /C.I.D.: S42.2 Picos-PI 30 de dezembro 2019

Médico (Assinatura e carimbo)

Paciente(assiantura)



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ Hospital Regional Justino Luz Pça. Dr. Antenor Neiva, 184 - CEP:64601-301 - Picos-PI
CNPJ: 06.553.564/0102-81

1ª via farmácia
2ª via paciente

Carimbo do Médico

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição

5024-1

Data: ____/____/____

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome completo: _____
RG: _____ Org. Emissor: _____
End. Completo: _____
Telefone: _____
Cidade: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Assinatura do Farmacêutico
Data: ____/____/____





ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SIMPLÍCIO MENDES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Benedito Reis S/Nº
CNPJ: 01.751.604/0001-32 - Fone: (89) 3482-1100

ATESTADO MÉDICO

O Sr (a) Joséval José de Oliveira

Foi atendido (a) neste centro de Assistência Médica de Simplicio Mendes

Devendo:

- ☐ Não Realizar Educação Física por um período de ____ dias.
- ☐ Voltar ao trabalho.
- ☐ Afastar-se do trabalho hoje.
- ☐ Afastar-se do trabalho por ____ dia(s).
- ☐ Ficar em repouso por ____ dia(s).
- ☐ Deficiente físico.
- ☐ Deficiente Mental.
- ☐ Goza de Saúde Física e Mental.
- ☒ Auxílio doença.
- ☐ Outros: _____

A partir de 23/08/19

CID: D Fratura sem perna D - S82.0

OBS: Não é válido c/ rasuras ou mais de um item assinado.

Simplicio Mendes, 23, 08, 19


Dr. Rômulo Rêgo
Tratamento - Ortopedia
CRM-PI 4467 - CRM-PE 14.208

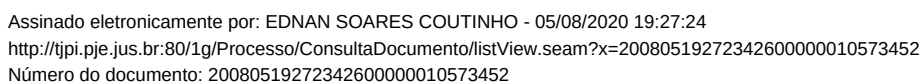
Carimbo e Assinatura

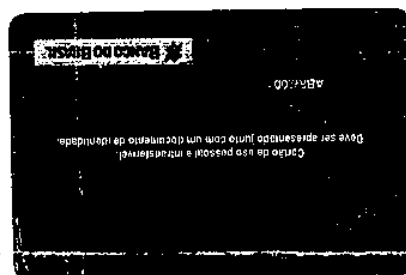
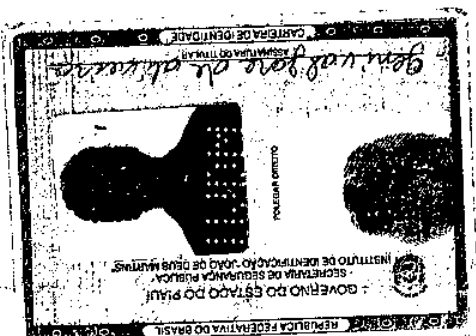
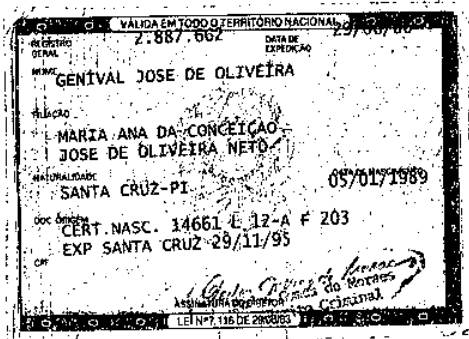




Nome do(a) Paciente: <u>Genivaldo de Oliveira</u>					
Nº Registro <u>167</u>		Data Registro: <u>14/01/2010</u>			
Sexo: <u>M</u>	Cor: <u>P</u>	E. Civil: <u>C</u>	Nasc. <u>14/01/1978</u>	Naturalidade: <u>Santa Cruz, PE</u>	Profissão <u></u>
Nome da Mãe: <u>Maria Rosa de Oliveira</u>					
Nome do Pai: <u>Genivaldo de Oliveira</u>					
Endereço: <u>Rua da Bahia</u>					
Documento: <u></u>		Expedição: <u></u>			
Cartão SUS: <u>74.554.183/054021</u>		ACS: <u>10/10/2009</u>			

Data:	Serviços Prestados Consulta - (Diagnóstico) - Atendimento-Exames- Visita	Rubrica do Responsável
16/3/19	Furadeira com peneira na 1ª linha na 1ª linha na 1ª linha	(1)
16/3/19	Peneira enfiada na 1ª linha com peneira (1)	(1)
16/3/19	Furadeira na 1ª linha 400	(1)
16/3/19	Peneira 1ª	(1)





[illegible][illegible]

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190673634**

Nome do(a) Examinado(a): **GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

faz barra, sn - RURAL - Simpício Mendes - PI - CEP 64700-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **2887662**

Data e local do acidente: [**23/12/2018**]

Via pública entre a cidade de Floresta e Santa Inácio

Data e local do exame: [**11/12/2019**] **São João do Piauí** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura distal exposta de tíbia e fibula direita

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Vítima segue consciente e orientado em tempo e espaço, apresentando grau moderado de limitação para função, com diminuição da força muscular grau II de tornozelo direito, deambula com muletas, sem acompanhante

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Realizou osteossíntese distal de tíbia direita, com colocação de placas e parafusos, fisioterapia e sintomáticos, com resultados insatisfatórios, evoluindo com sequela funcional, recebeu alta no dia 30/12/2018

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Déficit moderado funcional de tornozelo direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

() "Sem sequelas permanentes" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.

Classifico a lesão em grau moderado, com dano corporal ou sequela funcional permanente



Mikael Oliveira Cruz - CRM: 4709 - PI



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Condições do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0430145/19

Vítima: GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA

CPF: 041.262.663-21

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/12/2018

Titular do CPF: GENIVAL JOSE DE
OLIVEIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA : 041.262.663-21

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: 03/12/2019
Nome: GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA
CPF: 041.262.663-21

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO





PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA		
☒ INVALIDEZ PERMANENTE	☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA		
Vítima:	GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA	
Data do Acidente:	03/12/2018	Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 041.262.663-21

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS		
☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)		
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)		
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)		

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		
- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares - Todos os documentos devem estar legíveis - Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1598/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h		

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE		
☒ Registro de Ocorrência Policial - ☒ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada		
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)		
☒ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário		
☐ Laudo de Invalidez do IML - ☐ Sim ☒ Não - original ou cópia autenticada		
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário		
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)		
☒ CPF da vítima (cópia simples)		
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)		
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)		

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS		
☒ Registro de Ocorrência Policial - ☒ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada		
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)		
☒ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário		
☒ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)		
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário		
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)		
☒ CPF da vítima (cópia simples)		
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)		
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)		

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE		
☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não		
☐ Certidão de Óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não		
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário		
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)		
☐ CPF da vítima (cópia simples)		
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)		
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)		
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)		
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)		
☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não		

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE		
BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)		
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)		
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)		
BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)		
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)		
BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)		
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)		
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)		
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)		
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge		
BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))		
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)		
BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)		
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)		
BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))		
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)		
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)		
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)		
☐ Outros Documentos apresentados:		

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO		
Portador da documentação (Nome): GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA		
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal	CPF do portador: 041.262.663-21	
E-mail:	Tel.: (85) 39993-8639	
Data: 18/11/2019	Assinatura: Genival Jose de Oliveira	

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO		
Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AC SIMPLICIO MENDES		
Atendente: FRANCISCO MARIO COSTA RODRIGUES	Matrícula: 852721-P	
Data: 18/11/2019	Assinatura: [Assinatura]	



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 05/08/2020 19:27:24

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080519272342600000010573452>

Número do documento: 20080519272342600000010573452

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2.856.197 DATA DE EXPIRAÇÃO: 22/04/06

ANTONIO RUFINO PEREIRA DE ASSIS

IRENICE PEREIRA DE ASSIS
JOSÉ RUFINO NETO

SIMPLICIO MENDES-PI DATA DE NASCIMENTO: 03/02/1988

CERT. NASC. 12112 L A18 F 246V
EXP SIMPLICIO MENDES-PI 31/08/01

Antônio Rufino Pereira de Assis
Pedro Gomes de Moraes
ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 116 DE 29/08/93

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

ANTONIO RUFINO PEREIRA DE ASSIS

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE
01FF.45E6.ABC5.37F0

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 10:31:35 do dia 08/08/2013 (hora e data de Brasília)
diário verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
033.324.653-50

Nome
ANTONIO RUFINO PEREIRA DE ASSIS

Nascimento
03/02/1988

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	1.398.709	DATA DE EMISSÃO	01/03/19
NOME	JOÃO MARINHO FONTES		
FILIAÇÃO	LUIZA PEREIRA DE HOLANDA MARINHO JOÃO FONTES		
NATURALIDADE	PICÓS-PI	DATA DE NASCIMENTO	25/12/1974
DOC. ORDEM	CERT. NASC. 5840 L 9A F 59		
CPE	EXP PICÓS-PI 23/08/26		
	564.952.263-48 Francisco das Chagas Pinheiro Martins Assessoria Legislativa Político Social		

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 29.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



João Marinho Fontes
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



compANHIA ENERGETICA DO PIAUÍ
cepisa

COMPANHIA ENERGETICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.010-100 Fone: (86) 3241-101-5
Inscrição Estadual de Energia Elétrica - Selo B-7
Registro Especial de Imposto de Renda - Selo 06/10

Para contato
ouvidor, informe
o NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

07076572

Nº de Nota Fiscal 28715504

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSE foi criada
pela Lei nº 10.418 de 26 de abril de 2002.

CONSUMO (kWh) TOTAL A PAGAR (R\$)

OUTUBRO/2019 24/10/2019 139 88,42

JAIRO DE SOUSA ALVES
LC POCOS S/N POÇO TUBULAR - B-RURAL
CPF: 800000000000000000
CEP: 64.700-000

CONSUMIDOR - SIMPLICIO MENDES

ROT: 62.780.13.85.002100

Anterior: 2899
Anterior: 2760
Consumo de Multiplicação: 1,000
Consumo Total: 139
Consumo Faturado: 139
Forma de Faturamento: NORMAL
FCAI#
Código de Ingresso: 02

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Ligante: TRI
Número Medidor: D220583
Potência: 4.1.2.3
Código Tel: 114

HISTÓRICO (kWh)	Consumo	Descrição da Conta	Valor
SET/19	161	CONSUMO	129 A R\$ 0,686152 = 88,42
AGO/19	177	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	1,13
JUL/19	99	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	2,50
JUN/19	90		
MAY/19	59		
ABR/19	49		
MAR/19	44		
FEV/19	85		
JAN/19	113		
DEZ/18	73		

TARIFA SOCIAL (R\$):
R\$ 1,13 - 0,43/100

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 080 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 16/10/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO: 395A, C17B, EC3F, 34CA, E83B, 201C, 61E8, E449

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	INDICADORES/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 18,59	Base de Cálculo: 88,42
Energia: 35,90	Alíquota ICMS: 22,00%
Transmissão: 6,07	Valor do ICMS: 19,45
Encargos: 2,97	Valor do PIS: 1,40%
Tributos: 24,89	Valor do COFINS: 6,49%
	Valor do COFINS: 4,47

INDICADORES DE CONTINUIDADE					
DMC	Mensal	Semestral	Anual	DMC	DMC
Limite	6,87	13,74	27,48	3,80	7,60
Atualizado	0,00			0,00	15,20
				0,00	3,97

Consumo SIMPLICIO MENDES

Período de
cobrança: 08/2019 Valor: 88,42



nonantinal
Energia
cepisa

Para contato
compreço, informe
este NÚMERO

0610444-4

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 359 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 06.050-749/0001-000 (Insc. Estadual: 19.321.383-5)
Nota Fiscal / Cota de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de tributação instituído pela SET/2009/08

Nº da Nota Fiscal: 29646386
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003.

CONTA MÊS: NOVEMBRO/2019 VENCIMENTO: 14/11/2019 CONSUMO (kWh): 145 TOTAL A PAGAR (R\$): 339,03

LOURINAR DE SOUSA LOPES
AV. MIGUEL CRISPIM DE ARAUJO S/N - ALTO DA MATRIZ
CPF: 00032268238334
CPF: 00032268238334 - SIMPLICIO MENDES - ROT: 57.780.07.80.000800

DADOS DA LEITURA
Atual: 1159
Anterior: 1014
Constante de Multiplicação: 1,000
Consumo Medido: 145
Consumo Estimado: 145 FCM*
Forma de Refaturamento: NORMAL
Código de Integridade: 30
Obriga de Consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Classificação: Comercial
Uso: 0241548
Posto: 3.1.3.3
Média 12 meses: 388

HISTÓRICO DE CONSUMO
Mês Consumo
OUT/19 124
SET/19 178
AGO/19 257
JUL/19 192
JUN/19 263
MAI/19 325
ABR/19 301
MAR/19 437
FEV/19 722
JAN/19 582

CONSUMO 145 A R\$ 0,88066 = 128,47
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 19,15
Multa por atraso 10/19-00 5,97
PARCELAMENTO DE DEBITO 25/25 184,85
Juros por atraso 10/19-00 0,59
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 1,66
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 1,40

TARIFA SEM TRIBUTOS:
O A 145 - 0,63537

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM
LIQUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 06/11/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO: 88A0.9B45.0016.506C.2073.16C5.2A00.3FAF
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$
Distribuição: 27,01
Energia: 52,16
Transmissão: 8,82
Encargos: 4,31
Tributos: 36,17

Base de Cálculo: 128,47
Alíquota ICMS: 22,00%
Valor do ICMS: 28,26
Valor do PIS: 1,40%
Valor do COFINS: 6,49%
6,50

INDICADORES DE CONTINUIDADE
DIC FIC DNIC DICI
Mensal Semestral Anual Mensal Semestral Anual Mensal Semestral Anual Mensal Semestral Anual
Linha: 6,87 13,74 27,48 3,80 7,60 15,20 3,97
Resposta: 0,00 0,00 0,00

Consumo: SIMPLICIO MENDES Período de Apresentação: 09/2019 a 09/2019 R\$ 63,02
ROT: 57.780.07.80.000800

nonantinal
Energia
cepisa

SEU CÓDIGO: 0610444-4 TOTAL A PAGAR - R\$: 339,03
MÊS FATURADO: 11/2019 VENCIMENTO: 14/11/2019
Nº da Nota Fiscal: 29646386 FCM*

83640000003 7 39030017000 3 000000000610 6 44441110008 5

SEQ: 00011-UC: 0610444-4 DT: 07/11/2019 T: CNTR: 001
LEITURA: 1159 NORMAL TOTAL: 339,03 CARGA: 002
DT.VENC.: 14/11/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 6021



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190673634 **Cidade:** Santo Inácio do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 23/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal exposta de tíbia e fíbula direita

Descrição do exame físico: Vítima segue consciente e orientado em tempo e espaço, apresentando grau moderado de limitação para função do tornozelo, com diminuição da força muscular grau II de tornozelo direito, deambula com muletas, sem acompanhante.

Resultados terapêuticos: Realizou osteossíntese distal de tíbia direita, com colocação de placas e parafusos, fisioterapia e sintomáticos, com resultados insatisfatórios, evoluindo com sequela funcional, recebeu alta no dia 30/12/2018.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do tornozelo D devido à redução da força muscular e limitação da mobilidade articular. Procedida avaliação médica na cidade de São João do Piauí.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190673634 **Cidade:** Santo Inácio do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 23/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal exposta de tíbia e fíbula direita

Descrição do exame físico: Vítima segue consciente e orientado em tempo e espaço, apresentando grau moderado de limitação para função do tornozelo, com diminuição da força muscular grau II de tornozelo direito, deambula com muletas, sem acompanhante.

Resultados terapêuticos: Realizou osteossíntese distal de tíbia direita, com colocação de placas e parafusos, fisioterapia e sintomáticos, com resultados insatisfatórios, evoluindo com sequela funcional, recebeu alta no dia 30/12/2018.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do tornozelo D devido à redução da força muscular e limitação da mobilidade articular. Procedida avaliação médica na cidade de São João do Piauí.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190673634 **Cidade:** Santo Inácio do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 23/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA. P 14

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. ALTA.
P 2/11/12

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190673634 **Cidade:** Santo Inácio do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 23/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA. P 14

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. ALTA.
P 2/11/12

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0430145/19

Vítima: GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA

CPF: 041.262.663-21

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/12/2018

Titular do CPF: GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA : 041.262.663-21

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: 03/12/2019
Nome: GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA
CPF: 041.262.663-21

GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO





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, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190673634

Vítima: GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 23/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA

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,

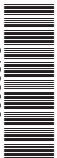
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15199418

Pag. 01749/01750 - carta_01 - INVALIDEZ

00030875





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, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190673634

Vítima: GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 23/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01669/01670 - carta_02 - INVALIDEZ

00080835



Carta nº 15209412



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 05/08/2020 19:27:24

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080519272342600000010573452>

Número do documento: 20080519272342600000010573452



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, 25 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190673634

Vítima: GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 23/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50
---	--------------

Recebedor: **GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000639**

Conta: **0000049056-0**

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.

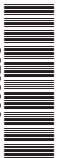
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00575/00576 - carta_30 - INVALIDEZ

00030288





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 ASI: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

041.262.663-21

GENIVAL JOSÉ DE OLIVEIRA

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

Nome completo: GENIVAL JOSÉ DE OLIVEIRA CPF: 041.262.663-21
Profissão: Endereço: FZ BARRA Número: SN Complemento:
Bairro: ZONA RURAL Cidade: SIMPLICIO MENDES Estado: PI CEP: 64700-000
E-mail: Tel. (DDD): (89) 9999-8639

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0639 CONTA: 49056

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Autorizar de pagamento

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, SIMPLICIO MENDES - PI, 18/03/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: JOSÉ HARMILDO FONTES

CPF: 564.952.263-49

Assinatura

2º Nome: ANTONIO RUIFINS PEREIRA DE ASSIS

CPF: 033.324.693-50

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 ROGO, 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.

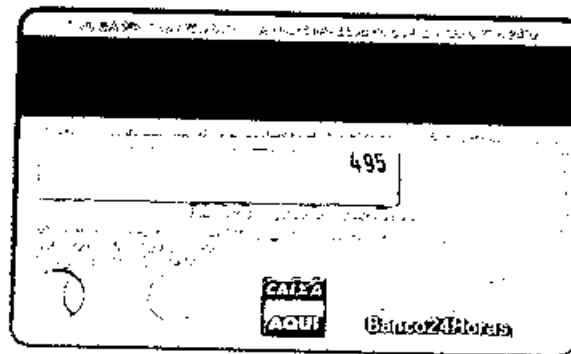
FPS.001 V001/2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradorakider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

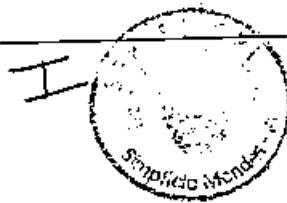
1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, * nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.







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



830 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 296933.000013/2018-34

Unidade de Registro: DP DE SIMPLÍCIO MENDES

Resp. pelo Registro: Nivaldo Rodrigues De Sousa

Data/Hora: 25/03/2019 - 10:41

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DP DE SANTO INÁCIO DO PIAUÍ
Tipo Local
VIA PÚBLICA
Município
SANTO INÁCIO DO PIAUÍ
Endereço
LOCALIDADE CAJUEIRA, Nº: S/N
Complemento

Data/Hora
23/12/2018 - 00:00

Bairro
OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: GENIVAL JOSÉ DE OLIVEIRA
RG: 2887882 SSP PI
Mãe: MARIA ANA DA CONCEIÇÃO
Pai: JOSÉ DE OLIVEIRA NETO
Endereço: LOCALIDADE BARRA, Nº S/N
Bairro: OUTROS - ZONA RURAL
Cidade: SIMPLÍCIO MENDES

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

Boletim de ocorrência



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - HONDA	NXR150 BROS ES	2013	OJK8077	9C2KD0550DR209313	00590873920	Vermelha
Condutor: GENIVAL JOSÉ DE OLIVEIRA RG: 2887662 Órgão: SSP UF RG: PI End: LOCALIDADE BARRA Número: S/N Complemento: Cidade: SIMPLÍCIO MENDES UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL Proprietário: GENIVAL JOSÉ DE OLIVEIRA End: LOCALIDADE BARRA Número: S/N Cidade: SIMPLÍCIO MENDES UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA RURAL						

RELATO DA OCORRÊNCIA

oficia a vítima que no dia 23/12/2018 por volta das 00h00 conduzia sua motocicleta pela pista de rolagem na PI de acesso a cidade de Santo Inácio do Piauí, chegando no parque de vaquejada Cajueiro zona rural de santo inacio, atropelou em um rebo que se encontrava na pista asfáltica, do impacto perdeu o controle da moto foi ao solo da pista sofrendo fratura na perna direita, o mesmo foi socorrido pelo serviço móvel de urgência SAMU e levado para uma unidade de saúde na cidade santo inacio em seguida para a UPA da cidade de Oeiras e posteriormente transferido para o hospital regional na cidade de Picos/PI onde foi submetido a cirurgia, era o que tinha a relatar.

Nivaldo Rodrigues De Sousa - Mat. 0100293
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

GENIVAL JOSÉ DE OLIVEIRA - Notificante
Responsável pela Informação

Luciano Santana dos Santos
DELEGADO DE POLÍCIA
Mat. 318.270 - 3

Boletim de Ocorrência emitido em: 25/03/2019 10:41 - SisBO@2011-2019 A77

Página 1/2



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 05/08/2020 19:27:24
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080519272342600000010573452
Número do documento: 20080519272342600000010573452

Num. 11157472 - Pág. 47

RECONHECIMENTO DE FIRMA
 Reconhecido por autenticidade a firma de
Alexandre Rodrigues
de Sousa
 Em testemunha MT da verdade
 Simplicio Magalhães de 08/08/20
Amorim
 Juiz de Direito do 2º Ofício
 Cartório do 2º Ofício



RECONHECIMENTO DE FIRMA
 Reconhecido por autenticidade a firma de
General Jose della
Veira
 Em testemunha MT da verdade
 Simplicio Magalhães de 26/08 2019
Amorim
 Juiz de Direito do 2º Ofício
 Cartório do 2º Ofício



Cartório do B. J. J.
2º Of. Cível de Santa Cruz do Piauí
Piauí - Brasil
Juiz de Direito
Maria Lúcia Gomes Santos
Secretarias: Caracórisa
Pereira de Oliveira
Santa Cruz - PI.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE PIAUI
COMARCA DE SANTA CRUZ DO PIAUI
MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO PIAUI
DISTRITO DE SANTA CRUZ DO PIAUI

Certidão de nascimento



ÉLVIO CORTEZ DE SOUSA

Oficial Único do Registro Civil

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que às fls. 203 do livro A - 12 sob nº de Ordem 14.661 foi lavrado o assento do nascimento de GENIVAL JOSÉ DE OLIVEIRA.

do sexo masculino, nascido no dia 05 de janeiro de mil novecentos e oitenta e nove. (1.989).

Às 22:00 horas em 7 de setembro s/nº, nesta cidade de Santa Cruz do Piauí.

filho de José de Oliveira Neto

e de Dona Maria Ana da Conceição

sendo avós paternos Manoel Joaquim de Oliveira

e Dona Jeruza Maria da Conceição

e avós maternos Alberto Manoel Pereira, falecido

e Dona Ana Maria da Conceição

O assento foi lavrado em 29 de novembro de 1995 tendo sido declarante Os pais do registrando.

e serviram de testemunhas Edgar Nunes Martins e
Tarcísio Carlos dos Santos Moura.

Observações: "lavrado gratuito em cumprimento da Lei nº 6.015/73 e artigo 46, parágrafo 2º da Lei nº 7.844/89, conforme requerimento despachado pela Dra. Hardeé Lima de Castelo Branco, Mª. Juíza de Direito desta Comarca em 23.11.1995, arquivado em pasta própria deste Cartório, Santa Cruz do Piauí, 29.11.1995". Nada há a ressaltar.

O referido é verdade e dou fé.

Santa Cruz do Piauí-PI 29 de novembro de 1995

Assinatura Oficializada

Élvio Cortez de Sousa

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, GENIVAL JOSÉ DE OLIVEIRA, portador da carteira de identidade nº 2887662 e inscrito no CPF/MF sob o nº 04126266321, residente e domiciliado na FZ. BARRA, S/Nº, Cidade SIMPLICIO MENDES, Estado PIAUÍ, 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 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Declaração de Inexistência de IML



Genival José de Oliveira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

SIMPLICIO MENDES-PI, 18/11/2019

Local e data

889800421



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: 18/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GENIVAL JOSE DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00639

CONTA: 000000049056-0

Nr. da Autenticação 26146F290FE3D86F



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, GENIVAL JOSÉ DE OLIVEIRA

RG nº 2.887.662, data de expedição 29/06/06 Órgão SSP/PI

CPF nº 043.262.663-21, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	FZ BARRA
Número	S/Nº
Apto / Complemento	
Bairro	ZONA RURAL
Cidade	SIMPLICIO MENDES
Estado	PIAUÍ
CEP	64700-000
Telefone de Contato	(89) 99993-8635
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SIMPLICIO MENDES-PI, 18/11/2019

Assinatura do Declarante: Genival José de Oliveira



cepsa

COMPANHIA SANEAMENTO DO PARANÁ
Av. Marquês de São Carlos, 150 - Jd. Botânico - Curitiba - PR
CEP: 81250-900 Fone: (41) 333-1100
Site: www.cepsa.com.br
Registro em Cartão de Crédito: 00000994151357

Nº da Nota Fiscal

28777571

Atividade: 4811 - Distribuição de Energia Elétrica - Total Faturada
Data de Emissão: 10/10/2019 Data de Vencimento: 15/10/2019

0224078-5

CONTA MÊS

VENCIMENTO

CONSUMO (kWh)

TOTAL A PAGAR (R\$)

OUTUBRO/2019

25/10/2019

43

19,60

LUZILENE PEREIRA LIMA
FZ BARRA 1 - B-RURAL

CPF: 00000994151357

CEP: 841700-000 - SIMPLICIO MENDES

ROTA 64678028185-025200

Atividade

8016

Atividade

18/10/2019

Atividade

7973

Atividade

18/09/2019

Consumo (kWh)

1,000

Consumo (kWh)

18/11/2019

Consumo (kWh)

43

Consumo (kWh)

17/10/2019

Consumo (kWh)

43

ECAN*

Consumo (kWh)

18/10/2019

Consumo (kWh)

NORMAL

Consumo (kWh)

30

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

Consumo (kWh)

