



DECLARAÇÃO DE ENDEQUELO

Eu, Francisco das Chagas Alves Medeiros, brasileiro casado, CT/RG nº 982.938, CPF/MF nº 349.787.043-93, residente e domiciliado na Rua Olímpio Costa Neto nº 3192 (Loteamento Cidade Verde) Bairro: Samapi, nesta cidade, sob responsabilidade civil e criminal, ciente de que a falsidade da informação me sujeita às penas da legislação pertinente, declaro para todos os fins de direito, que tenho Maria de Jesus Alves Medeiros, brasileiro, casado, aposentado, CT/RG nº 333.978 SSP/PI, CPF/MF nº 327.526.793-00, conta para depósito: Banco Bradesco S/A, agência 0405-7, conta 0111178-7, residente e domiciliado na Rua Bom Jesus nº 3311, Bairro Buenos Aires, nesta cidade.

Teressina (PI), 17 de Agosto de 2018

2º OFÍCIO

Francisco das Chagas Alves Medeiros
FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES MEDEIROS

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES MEDEIROS
EM TEST. DA VERDADE. DOLY FÉ. TERESSINA, 21/08/2018 09:23:31
SELO

Aline Mara Santos de Carvalho - ESCRIVENTE AUTORIZADO
Escr. RS 3-71 TJ: RS-0,74 Selo: RS 0,28 Total: RS 4,71
Poderes nº 31392/17 - PUFIVOS/EXPO





Poder Judiciário

2º Ofício de Notas e Registro de Imóveis

3ª Circunscrição

Belª Rayonc Queiroz Costa Lobo - Interina



LIVRO Nº 846

Protocolo: 548709

FLS.185/185v

PROCURAÇÃO PÚBLICA

S A I B A M quantos este público instrumento de procuração bastante virem, que aos dezessete dias do mês de agosto do ano dois mil e dezoito, (17/08/2018), nesta cidade de Teresina, Capital do Estado do Piauí, neste Tabelionato, situado na Rua Governador Joca Pires, nº 1455, Bairro de Fátima, CNPJ/MF nº 28.299.252/0001-82, perante mim, Tabelião Interina, compareceu como outorgante, TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS, brasileira, casada, aposentada, CI/RG nº 333.978-SSP/PI, CPF/MF nº 327.526.793-00, residente e domiciliada na Rua Bom Jesus, nº 354, Bairro Memorare, CEP nº 64.009-230, nesta cidade, que por não ser alfabetizada, deixa neste ato a impressão digital do seu legítimo direito, assinando a seu rogo: PATRICIA DA SILVA SOUSA MEDEIROS, brasileira, casada, do lar, CI/RG nº 1.677.102-SSP/PI, CPF/MF nº 591.574.613-68, residente e domiciliada na Rua Olímpio Costa Neto, nº 3192, Loteamento Cidade Verde, Bairro Samapi, nesta cidade. O(A)(s) presente(s) reconhecido(a)(s) como o(a)(s) próprio(a)(s), de acordo com os documentos que me foram apresentados, identificando-o(a)(s) capaz(es), pois tudo responde(m) com firmeza, segurança, clareza e convicção do mandato e poderes ora conferidos ao(a)(s) mandatário(a)(s), do que dou fé. E por este instrumento e nos melhores termos de direito, nomeia e constitui seu bastante procurador, FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES MEDEIROS, brasileiro, casado, representante comercial, CI/RG nº 982.918-SSP/PI, CPF/MF nº 349.787.043-91, residente e domiciliado na Rua Olímpio Costa Neto, nº 3192, Loteamento Cidade Verde, Bairro Samapi, nesta cidade, a quem confere os seguintes PODERES: específicos para representá-la junto ao CARTÓRIO DE NOTAS COMPETENTE, podendo fazer e assinar DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, e/ou COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA, reconhecer firma, firmar em cartório de notas em nome da outorgante, assinando todos os documentos que se fizerem necessários para esse fim, pagar taxas, receber, passar recibos, dar quitação, prestar declarações, requerer, alegar, recorrer, enfim, praticar todos os atos necessários ao fiel cumprimento do presente mandato. VEDADO O SUBSTABELECIMENTO. OS DADOS E ELEMENTOS CONTIDOS NESTE INSTRUMENTO FORAM VISTOS E ACEITOS POR DECLARAÇÃO VERBAL, FICANDO O OUTORGANTE RESPONSÁVEL POR SEU TEOR, BEM COMO POR QUALQUER INCORREÇÃO, ISENTANDO ASSIM, ESTAS NOTAS DE QUAISQUER RESPONSABILIDADES. Com respaldo no Provimento nº 024, de 24 de Setembro de 2013, da Corregedoria Geral de Justiça do Piauí, de acordo com o estabelecido na Lei nº 10.741/2003. O

Patricia da Silva S. Medeiros

Francisco das Chagas Alves Medeiros

presente instrumento tem validade por 06 (seis) meses a contar da data lavratura. E de como assim o disse(ram), do que dou fé, lhes lavrei este instrumento por me ser pedido, que após lido e achado conforme, outorga(m), aceita(m) e assina(m). Emolumentos: R\$ 43,52; FERMOJUPI-TJ: R\$ 8,37; Selos: R\$ 0,52. Eu, Osáilde Gomes Interina do 2º Tabelionato, o subscrevo, assino em público e raso.

Patrícia da Silva Sousa Medeiros
PATRICIA DA SILVA SOUSA MEDEIROS

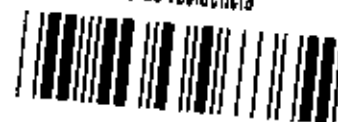
EM TESTEMUNHO Antônio Junior de Sousa Araújo DA VERDADE.

Antônio Junior de Sousa Araújo
ANTÔNIO JÚNIOR DE SOUSA ARAÚJO
ESCREVENTE AUTORIZADO

Antônio Júnior de Sousa Araújo
Escrivente autorizado



28.299.252/0001-82
2º OFÍCIO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS
Av. Governador Joca Pires, 1455
Bairro de Fátima - CEP: 64.049-522
Teresina - Piauí



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDeirosRG nº 333.978, data de expedição 21/03/12, Órgão SSP/PI

CPF nº 327.526.793-00, 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)	BOM JESUS
Número	3311
Apto / Complemento	
Bairro	BUENOS - AIRES
Cidade	TERESINA
Estado	PIAUS
CEP	64009-230
Telefone de Contato	(89) 3214-3160
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: TERESINA (PI), 24 DE ABRIL DE 2018

Assinatura do Declarante: _____





Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÔDIGO

0074537-5

COM. PÁRIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 755 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ nº 04.840.748/0001-08 (Proc. Estadual 19.531.337-5)
Insc. Fiscal / Conv. de Energia Elétrica - Sisa PI
Regime especial de tratamento acordado pela SEFAZ/PI

Nº da Nota Fiscal: 004610442

A Tarifa Social de Energia Elétrica - 15% concedida
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2007.

CONTA Nº	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
ABRIL/2018	25/04/2018	92	76,36

ALBERTO ALVES DE MEDEIROS
R. BDM JESUS 3311 MEMORARE
CPF: 00015089312320
CEP: 64.009-230 - TERESINA

ROT: 12.001.37.52.140000

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	3818	Atual:	18/04/2018
Anterior:	3726	Anterior:	19/03/2018
Condição de Multiplicação:	1,000	Próxima leitura:	17/05/2018
Consumo Medido:	92	Emissão:	17/04/2018
Consumo Faturado:	92	Apresentação:	18/04/2018
FCAN			

NORMAL 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Categoria/Segmento	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código Fiel	Mês de 12 meses
RESIDENCIAL	MDNO	A004186		1.1.1.1	172

HISTÓRICO KWH	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	CONSUMO 92 A R\$ 0,747255 = 68,74
MAR/18 115	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 6,11
FEV/18 97	CORRECAO MONETARIA IG 03/18-00 0,01
JAN/18 103	MULTA POR ATRASO 03/18-00 1,31
DEZ/17 133	JUROS DE MORA DE IMPO 03/18-00 0,19
NOV/17 98	
OUT/17 215	
SET/17 73	
AGO/17 53	
JUL/17 46	
JUN/17 122	
TAXA DE TRIBUTOS:	
E A 92 - 6,55-036	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

DÉBITOS JA REAVISADOS	
Mês/ano	Valor R\$
05/2017	556,65

Informações prestadas (debitos) vencidos no valor de R\$ 556,65 (seiscentos e sessenta e seis reais) até esta data. Caso o(s) debito(s) de pagamento não tenha(m) sido pago(s), procurar uma loja de atendimento de Eletrobras Distribuição Piauí com o(s) comprovante(s) de pagamento.

"ALÍQUOTA DE ICMS COM REAJUSTE DE 2%, CONFORME DECRETO N. 17.583, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2017."

LIQUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVAÇÃO FISCAL 2F3D.F582.200E.5203.536C.FECC.F44C.1A2E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	14,50	Base de Cálculo:	68,74
Energia:	27,67	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	4,35	Valor do ICMS:	15,12
Entregas:	4,40	Valor do PIS:	0,47
Tributos:	17,76	Valor do COFINS:	2,17

INDICADORES DE CONTINUIDADE

5,31 10,63 21,25 3,24 6,48 12,95 3,03
0,00 0,00 0,00

TERESINA-MARQUES

02/2018

28,29

Abstract

FATURA Nº

152101165

7/2019

70 1.0E
06.9070309.72

13871102-0

NOME/ENDEREÇO MORADOR FRANCISCO DAS C. ALVES MEDEIROS		2019072009-331		2019072009-331		2019072009-331																													
LOT CIDADE VERDE 8 SATELITE 3192-0---H-SAMAPI-TUPESINA-PI-cep:64055535																																			
LOCALIZAÇÃO 004-00041-001230				GRUPO 004		NÚMERO DO HODRIMETRO A04L580593																													
HISTÓRICO DE CONSUMO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>MÊS/ANO</th> <th>TIPO</th> <th>LIDO</th> <th>SATURADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>06/2019</td><td>1-ido*</td><td>10</td><td>10</td></tr> <tr><td>05/2019</td><td>1-ido</td><td>12</td><td>12</td></tr> <tr><td>04/2019</td><td>1-ido</td><td>08</td><td>13</td></tr> <tr><td>03/2019</td><td>1-ido</td><td>08</td><td>11</td></tr> <tr><td>02/2019</td><td>1-ido</td><td>08</td><td>11</td></tr> <tr><td>01/2019</td><td>1-ido</td><td>08</td><td>11</td></tr> </tbody> </table>				MÊS/ANO	TIPO	LIDO	SATURADO	06/2019	1-ido*	10	10	05/2019	1-ido	12	12	04/2019	1-ido	08	13	03/2019	1-ido	08	11	02/2019	1-ido	08	11	01/2019	1-ido	08	11	ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA 1 Residencial - Normal			
MÊS/ANO	TIPO	LIDO	SATURADO																																
06/2019	1-ido*	10	10																																
05/2019	1-ido	12	12																																
04/2019	1-ido	08	13																																
03/2019	1-ido	08	11																																
02/2019	1-ido	08	11																																
01/2019	1-ido	08	11																																
DATA ANTERIOR 06/06/2019 2037 ATUAL 05/07/2019 2047				CONSUMO MÊS M3 10		LID 1214 V079 PLS. PASEP 28.83+1.62+ 7.47 CORRE 28.02+1.62+ 7.17																													
TABELA DE TARIFAS				DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS EM FATURA																															
RESIDENCIAL TABELA DE CONSUMO R\$/M3 E (M) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>M</th> <th>JC</th> <th>2.6669</th> <th>08</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>10</td><td>25</td><td>5.7326</td><td>98</td></tr> <tr><td>15</td><td>598997</td><td>9.8010</td><td>98</td></tr> </tbody> </table>				M	JC	2.6669	08	10	25	5.7326	98	15	598997	9.8010	98	DESCRIÇÃO VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,83 > Residencial-Normal 10,0 m3 28,83																			
M	JC	2.6669	08																																
10	25	5.7326	98																																
15	598997	9.8010	98																																
NÃO RESIDENCIAL TABELA DE CONSUMO R\$/M3 E (M)				VENCIMENTO 17/07/2019 TOTAL A PAGAR 28,83																															
IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES																																			
MENSAGEM Nossos arquivos acusam 1 DEBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE. PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.																																			
NOTIFICAÇÃO																																			
Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços conforme Lei Federal nº 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II																																			
CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO MMS E DECRETO Nº 5.440)																																			
PARÂMETROS	ANÁLISES REALIZADAS	ANÁLISES EM CONFORMIDADE	ANÁLISES EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MMS	VALOR PERMITIDO																														
CLORO / LIT	2589	2559	30	1,31	0,2-5,0 mg/L																														
COR APARENTE	2380	2330	50	5,75	Inferior a 1																														
PH	3087	3039	48	6,73	6,00-9,50																														
TURBID	3092	2875	217	2,29	Inferior a 5																														
COLORIMETRIA																																			
CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO MMS E DECRETO Nº 5.440)																																			
PARÂMETROS	ANÁLISES REALIZADAS	ANÁLISES EM CONFORMIDADE	ANÁLISES EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MMS	VALOR PERMITIDO																														
ESCOLHIDA COL	1078	1078	0	Ausencia	Ausencia																														
	1078	1078	0	Ausencia	Ausencia																														
DATA DA EMISSÃO: 05/07/2019 HORA DA EMISSÃO: 08:13																																			

Comprovante de residencia



TC 1.5.8 20:24725F 12/1

ÁGUAS DE
CE TERESINA

MATRICULA	1387110Z-0	FATURA Nº	152101165
		MÊS/ANO	7/2019
VENCIMENTO	17/07/2019	VALOR A PAGAR	28,83

8268000700-0 73831535000-0 00201915210-3 11650100104-8

**77-550-BX DEBITO *****

Prezado cliente,
Não identificamos o pagamento do(s) débito(s) abaixo relacionada(s).
Deste modo, solicitamos que regularize sua situação junto a nossa
empresa, ou faça contato para esclarecimentos através do
0800 223 2000. Os encargos correspondentes aos débitos
listados serão cobrados na próxima fatura.

MÊS/ANO	VENCIMENTO	VALOR (R\$)	MÊS/ANO	VENCIMENTO	VALOR (R\$)
06/2019	18/06/19	30,93			

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central 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?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Francisco das Chagas Alves Medeiros
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 349.787.043 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Tereza Maria de Jesus Alves Medeiros inscrito (a) no CPF sob o Nº 327.526.793 / 00
do sinistro de DPVAT cobertura 3180311585 da Vítima Tereza Maria de Jesus Alves Medeiros
inscrito (a) no CPF sob o Nº 327.526.793 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: Comerciante Renda: 1.500,00 e apresento os documentos comprobatórios:
☐ Recuso informar

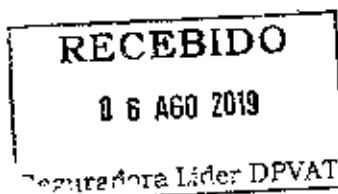
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Olímpio Costa Neto (Resid. Cidade Verde)</u>	Número: <u>3192</u>	Complemento:
Bairro: <u>Samapi</u>	Cidade: <u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: <u>medeirosdireito50@gmail.com</u>	CEP: <u>64058-090</u>	Tel. (DDD): <u>(086) 9.8896-4406</u>

Local e Data: Teresina (PI), 01 de Agosto de 2019

Francisco das Chagas Alves Medeiros
Assinatura do Declarante

Declaração Circular SUSEP 445/12





NOME DO PACIENTE: Tavira Maria de Jesus Alves Medeiros

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 417647

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

2

28/12/55



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

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS			Prontuário:	417647
Mãe:	ANA RODRIGUES DA SILVA		Pai:		
End. Resid.:	RUA BOM JESUS 3311 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI - CEP: 64000-010				
Nascimento:	09/10/1936	Idade:	79a:10m:19d	Sexo:	Feminino
Responsável:	PATRICIA DA SILVA		CNS:	706802716507429	
Profissão:	APOSENTADA		Documento:	CPF:	
G. Instrução:	Não alfabetizado		E. Civil:	Casado(a)	
End. Local:					

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	565830	Data:	28/08/2016 21:11:07	Condução:	AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE)			Convênio:	S U S
Acid. Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não
CID Secundário:	V099				

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor moderada	ORTOPEDISTA	Amarelo
Breve História: VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTOCICLETA APRESENTANDO FRATURA EM PERNA ESQUERDA E REFERE DOR EM OMBRO ESQUERDO E CEFALÉIA DEVIDO TER BATIDO A CARNÇA APRESENTANDO DOR NA MESMA. REGA ALERGIA MEDICAMENTOSA		Profissional Clas. Risco: DR. ZENON ROCHA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA EXAME: <i>crânio</i> FERNANDES TEIXEIRA COREN 166059 Em: 28/08/2016 21:16:26	

DADOS CLÍNICOS:

(Hora: :)

DATA:

28.08.16 às 23:45h

PA X mmHg

Pulso:

FC:

bpm

Temp.:

CIB:

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Dr. Rafael Levi Louchard S. da Cunha
Médico do Esporte

CRM: 3807 SBO: 12983

Trauma do Esporte e Artroscopia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo

Fratura supracondiliana fêmur D

HUT-SAMU

CONFERE COM O ORIGINAL

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

TERMINADO
SERVIDOR:

DATA: / /

HORA:

04082050624

5724

CIB

Dr. Rafael Levi Louchard S. da Cunha
Médico do Esporte
CRM: 3807 SBO: 12983
Trauma do Esporte e Artroscopia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo

Assinatura - Profissional Médico

Assinatura Paciente ou Responsável



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

Impr: 28/08/2016 21:17:39
(AUFITE)JA TEIXEIRA

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS	Prontuário:	417647
Mãe:	ANA RODRIGUES DA SILVA	Pai:	
End. Resid.:	RUA BOM JESUS 3311 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	09/10/1936	Idade:	79a:10m:19d
Responsável:	PATRICIA DA SILVA	Sexo:	Feminino
Profissão:	APOSENTADA	Fone:	86-99525-2481
G. Instrução:	Não alfabetizado	CNS:	706802716507429
End. Local:		Documento:	CPF:
		E. Civil:	Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	565830	Data:	28/08/2016 21:11:07	Clas. Cox:	Amarelo	
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA A PÉ (PEDESTRE)				Convênio:	S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação:	28/08/16	ESPECIALISTA:	Cin Geral
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	Pt. vítima de politrauma. Refere ter batido a cabeça e expulso com violência. Segue estável. Glasgow: 15. Possui fratura em M.E.		
Pt. liberado de cin. geral.			
Carimbo/Assinatura Solicitante			

DADOS DO PARECER:

Data/Hora: / /

NCE

CD: sem cond. NCE

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: / /

ESPECIALISTA:

HUT SAME

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

CONFERE COM O PACIENTE
TERESINA PI 05/09/16
SERVIDOR

Fratura exposta cond. limpa (fratura D)

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER:

Data/Hora: / /

0408050624

5724

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Hospitalar de Teresina - FHT

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	12 Município-UF			
	11 Bairro	Código IBGE			
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Exame Físico	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	23 Glasgow =	RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
Assistência	24 Sinais Vitais				
	25 Local da lesão				
Hospital de Destino	26 Pupilas				
	27 Pulso Radial Central				
Observações Interdisciplinar	28 Sangramento				
	29 Dor				
30 Fratura					
31 Procedimentos realizados					
32 Hospital de Destino					
33 Condições de entrada					
34 Óbito					
Observações Interdisciplinar					
Assinaturas					



Fundação Municipal de Saúde



SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade <u>H. Buenos Aires</u>	Para Unidade <u>HUT</u>
Paciente <u>Teuro Mario de Jesus A. medeiros</u>	Registro
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
Paciente vítima de atropelamento por moto evolui com dor em membro D. Rx de coxa: fr. de fêmur distal. Solicito avaliação e conduto <u>ORTOPÉDICA</u> <u>grato</u>	
HD. Data <u>28,08,16</u>	Sérgio Fontenele Cirurgião Geral Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

FICHA DE RETORNO

Da Unidade	Para:
DIAGNÓSTICO	
HUT-SAME CONFERE COM O ORIGINAL TERESINA, PI <u>25/09/16</u> SERVIDOR: <u>[Assinatura]</u>	
Data <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

OBSERVAÇÃO:



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 03, 09, 16

NOME DO PACIENTE	Emilia Maria L. A. Medeiros	PRONTUÁRIO Nº:	
DIAGNÓSTICO:	Parto de pré-eclâmpsia	CIRURGIA:	Cesariana
ANESTESIA:		Nº DA SALA:	
CIRURGIÃO:	Dr. Wilson L. Costa	CPF Nº:	
AUXILIAR:	Dr. Rocio	CPF Nº:	
ANESTESIA:		CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	claurine	CPF Nº:	

Dr. Wilson L. Costa
CRM 14740-6/MA
MEDICO ORTOPEDISTA
CRM 14740-6/MA
MEDICO ORTOPEDISTA
CRM 14740-6/MA

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº 0.5.70	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 8.0.7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.					02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				HUT-SAVE			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				CONFERE COM O ORIGINAL			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				TERESINA, PI 05/09/16			
CAT. GUT. CROMADO S/AG				SERVIDOR:			
ALCOFIL							
MONONYLON 30		02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL		02		CIRCULANTE:	Ramos		
PROLENE							



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente *Elvira Maria de Jesus Alves Medeiros*

Diagnóstico pré-operatório *Fratura de fêmur distal (D)*

Operação - Tipo *Osteossíntese*

Cirurgião *Dr. Wilanildo L. Costa* Assistente

2º Assistente *Dr. Wilanildo L. Costa* 3º Assistente *Dr. Rocio*

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação *03.09.16*

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

0 unlesões

Relatório Imediato do Patologista

HUT-SAME

CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, PI, 05/09/16
SERVIDOR:

Acidente Durante a Operação

*procedimento sem intercorrências, apresentando
sintoma da quebra do parafuso (Sutura Perdida) no repar distal
do fêmur D.*

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

*1) paciente DOR sob anestesia 2) inspeção + ortopedia
3) colocação de campos estéril 4) acesso lateral
de corte aberto 5) inspeção por raios 6) hemor-
ragia 7) redução aberta fratura 8) fixação com
paraf. de 5,5 + parafusos 9) limpeza com SF600
10) sutura hemostática 11) aproximação de partes
moles 12) curativo*

Rocio
Rocio Rego
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM-PI 3531

MOD 007 - HUT

287/255



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-370 CNPJ: 05.522.917/0022-02

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS			Prontuário:	417647
Mãe:	ANA RODRIGUES DA SILVA		Pai:		
End. Resid.:	RUA BOM JESUS 3311 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI - CEP: 64000-010				
Nascimento:	09/10/1936	Idade:	79a:10m:19d	Sexo:	Feminino
Responsável:	PATRICIA DA SILVA		CNS:	706802716507429	
Profissão:	APOSENTADA		Documento:	CPF:	
G. Instrução:	Não alfabetizado		E. Civil:	Casado(a)	
End. Local.:					

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	565830	Data:	28/08/2016 21:11:07	Condução:	AMBUULANTE DO SUS
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA A PÉ (PEDESTRE)			Convênio:	S U S
Acid. Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não
CID Secundário:	V099				

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor moderada	ORTOPEDISTA	Amarelo
História:		Profissional Class. Risco:	
VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTOCICLETA APRESENTANDO FRATURA EM TERÇA (DIREITA) E REFERE DOR EM OMBRO ESQUERDO E CEFALIA DEVIDO TER BATIDO A CABEÇA APÓS QUEDAS. NA MESMA, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA		HUT DR. ZENON ROCHA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA EXAME: <i>crânio</i> FERNANDES TEIXEIRA COREN 166059 Em: 28/08/2016 21:16:26	

DADOS CLÍNICOS:	(Hora: _____)	DATA:	28-08-2016 21:15:57
<i>Referido de</i> <i>Agenda</i> <i>TCR</i> <i>Liberação de NCR, CG</i>			
PA _____ X _____	Função:	Pulso:	FC: _____ bpm
Temp.:	CID:		

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:	Dr. Rafael Levi Louched S. da Cunha Médico do Esporte CRM: 3807 SBO: 12983 Trauma do Esporte e Artroscopia Cirurgia do Ombro e Cotovelo
<i>Fratura supracondiliana fêmur D</i> HUT-SAIVE CONFÉRE E COMPROVA	
MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:	TERESINA - 28/08/2016
SERVIDOR:	0408050624
DATA:	5724

Patricia da Silva Sousa Medeiros

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Prof. Dr. Rafael Levi Louched S. da Cunha



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

Impr: 28/08/2016 21:17:07
(AMRICEIA TEIXEIRA)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS	Prontuário:	417647
Mãe:	ANA RODRIGUES DA SILVA	Pai:	
End. Resid.:	RUA BOM JESUS 3311 - BUENOS AIRES - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	09/10/1936	Idade:	79a:10m:19d
Sexo:	Feminino	Fone:	86-99525-2481
Responsável:	PATRICIA DA SILVA	CNS:	706802716507429
Profissão:	APOSENTADA	Documento:	CPF:
G. Instrução:	Não alfabetizado	E. Civil:	Casado(a)
End. Local:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	565830	Data:	28/08/2016 21:11:07	Clas. Cor:	Amarelo	
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE)				Convênio:	S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação:	28/08/16	ESPECIALISTA:	Cin. Geral
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Rd. vítima de politrauma. Refere ter batido a cabeça e expulso com violência. Segue estável. Glasgow: 15.			
Rd. liberado des. cin. geral.			
Carimbo/Assinatura Solicitante			

DADOS DO PARECER: Data/Hora:

Assinatura	NCE
Auditor de morte	
Cur pr-1	
Rd. de les. traumática	
CD: sem convulsões	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

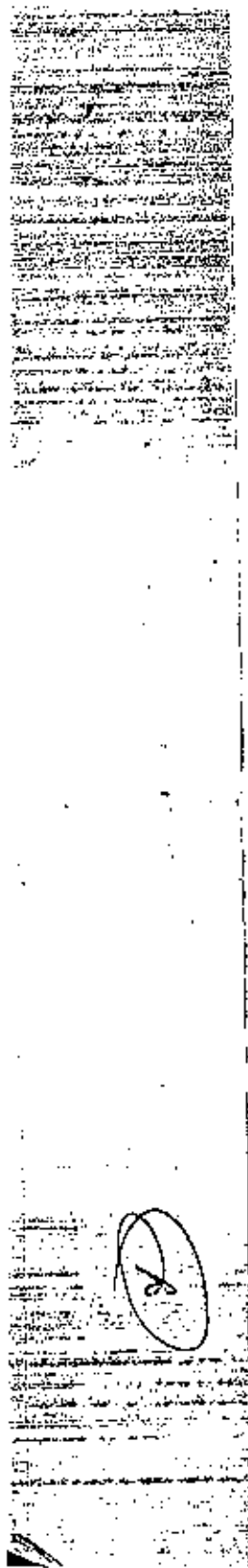
Data/Hora Solicitação:	/ /	ESPECIALISTA:	HUT S. NIVEL
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	CONFERE COM O PARECER		
TERESINA PI 05/09/16			
S. NIVEL			
Fratura supracondillear femur D			
Carimbo/Assinatura Solicitante			
DADOS DO PARECER: Data/Hora: / /			
0402050634 5724			
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer			



NOME DO PACIENTE: Turiza Maria de Jesus Alves Medeiros

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 417647

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





SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade <i>H. Buenos Aires</i>	Para Unidade <i>HUT</i>
Paciente <i>Teresa Maria de Jesus A. Medeiros</i>	Registro
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
<i>Paciente vítima de atropelamento por moto evolui com dor em coxa D. Rx de coxa: fr de fêmur distal. Solicito avaliação e conduta <u>ORTOPÉDICA</u> grave.</i>	
ED. <i>28,08,16</i>	<i>Stefane Fontenele</i> Cirurgiã Geral Médico responsável pelo encaminhamento/catimbo

FICHA DE RETORNO

Da Unidade	Para:
DIAGNÓSTICO	
<i>HUT-SAME</i> CONFERE COM O ORIGINAL TERESINA, PL. <i>0510019</i> SERVIDOR: <i>[assinatura]</i>	
Data <i>/ /</i>	Médico responsável pelo encaminhamento/catimbo

OBSERVAÇÃO:



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 03, 09, 16

NOME DO PACIENTE	EUSA MARIA L. A. M. M. M.			IDENTIFICADOR Nº:	
DIAGNÓSTICO:	patologia de próstata			CIRURGIA:	Ortopedia
ANESTESIA:				Nº DA SALA:	
CIRURGIÃO:	Dr. Wilanildo L. Costa			CPF Nº:	
AUXILIAR:	Dr. Rocio			CPF Nº:	
ANESTESIA:	Rocio			CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Claudia			CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº 05, 70	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 8, 7, 3	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	30	
ALCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.					02	
FIDS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				HUT-GAME			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				CONFERE COM O ORIGINAL			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				TERESINA, PL 05/09/16			
CAT. GUT. CROMADO S/AG				SERVIDOR:			
ALCOFIL							
MONONYLON 30		02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL		02		CIRCULANTE:			
PROLENE							



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente *Suessa Maria de Jesus Alves Medeiros*

Diagnóstico pré-operatório *Fratura de fêmur distal ①*

Operação - Tipo *Osteossintese*

Cirurgião *Dr. Wilanildo L. Costa* Assistente *Dr. Rogério*

2º Assistente

Dr. Wilanildo L. Costa
CRM-PI 4740/CRM-MA 6663
TEOT: 13063

3º Assistente

Rogério Rego
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM-PI 3531

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação *03.09.16*

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

O unlesão

Relatório Imediato do Patologista

HUT-SAME

CONFERE COM O ORIGINAL
TERESINA, PI 05/09/16
SERVIDOR:

Acidente Durante a Operação

*procedimento sem intercorrências, apresentando
sintoma da quebra do parafuso (Shulz Perdida) no regime distal
do fêmur B.*

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica) Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

① paciente DOR ao levantar ② exame + ortopedia
③ observação de exames prévios ④ acesso lateral
de corte curto ⑤ abordagem por planos ⑥ hemor-
ragia ⑦ manobra de teste positivo ⑧ punção com
agulha 25 + parafuso ⑨ limpeza com 3for
⑩ retirada hemostática ⑪ aproximação de partes
moles ⑫ curativo fechado

Rogério Rego
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM-PI 3531

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

NÃO ALFABETIZADO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de Identificação

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 333.978 DATA DE EMISSÃO 21/03/12

NOME TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS

FILIAÇÃO ANA RODRIGUES DA SILVA

NATURALIDADE PARNAÍBA-PI DATA DE NASCIMENTO 09/10/1936

DOC. GERAL CÉRT. CASAM. 1974-80-3-11

EXP. PARNAÍBA-PI 14/09/61

TERCEIRA - PI 327.526.793-00

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83 - DECRETO Nº 88.256/83

SUS

Cartão Nacional de Saúde

706.802.716.507.429

Nome TEREZA MARIA DE JESUS A. MEDEIROS

09/10/1936

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

NÃO ALFABETIZADO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de Identificação



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 333.978 DATA DE EMISSÃO 21/03/12

NOME: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS

FILIAÇÃO: ANA RODRIGUES DA SILVA

NATURALIDADE: PARNAÍBA-PI DATA DE NASCIMENTO: 09/10/1936

DOC. ORIGEM: CERT. CASAM. 19.1.10.11

EXP. PARNAÍBA-PI 14/09/64

TERESINA-PI 327.526.793-00

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 28/08/63 - DECRETO Nº 89.250/83

Cartão do Usuário

SUS

Sistema Nacional de Saúde

706.802.916.507.429

Nome: TEREZA MARIA DE JESUS A. MEDEIROS

09/10/1936

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Francisco das Chagas Alves Medeiros

SIGNATURA DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

Documentos de identificação



VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

982.918

DATA DE
EXEDIÇÃO

20/12/18

NOME

FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES MEDEIROS

FILIAÇÃO

TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS
VALDENAR FERREIRA DE MEDEIROS

NATURALIDADE

PARNAÍBA-PI

DATA DE NASCIMENTO

24/03/1969

DOC. ORIGEM

CERT. CASAM. 3270 L 9B F 129

EXP. TERESINA-PI 13/12/94

CPF

349.787.043-91

Ass. Chagas Pinheiro Martins

LEI Nº 7.116 DE 29/09/85 - DECRETO Nº 88.236/85



LAUDO DE EXAME PERICIAL - L. CORPORAL-ACID. TRÁNSITO

Pág: 1 de 1

Identificação do Laudo:

Código: 109340	Tipo: L. CORPORAL-ACID.	Requerente: DELEGACIA DE ACIDENTES	Cidade: TERESINA-PI
Data Requisição: 23/05/2018	Remeter para: O mesmo(a)	Data Exame: 23/05/2018	Hora Exame: 12:00
Local Exame: I.M.L.		Emissão do Laudo: 23/05/2018 11:59:42	

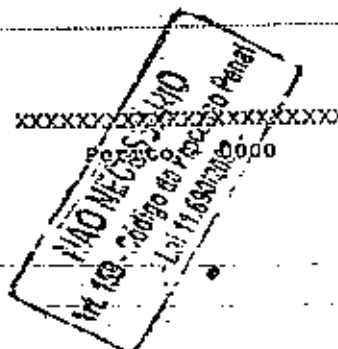
Identificação do Periciando:

Código: 90912	Nome: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS	Nacionalidade: Brasileira	Cor: PARDAS
Dt. Cadastro: 23/05/2018	Endereço: RUA DOM JESUS Nº 3311 - BUCNOS AIRES - TERESINA - PI	Laudo do IML - Lesões corporais	
Assinatura: ANA RODRIGUES DA SILVA	Profissão: NÃO DECLARADA		
CPF: -	RG: 933.978-SEP-PI	Registro Nascimento: -	
Profissão: DOMÉSTICA	Nascimento: 09/10/1936	Idade (anos): 61	Sexo: F
	Estado Civil: Casado(a)		

LAUDO:

P R E Â M B U L O: No dia, hora e local acima referidos, os peritos designados pelo Ilustríssimo Coordenador Estadual do Instituto de Medicina Legal "Gerardo Vasconcelos", IMLGV, André Biondi Ferraz - CRM 4466 - PI, nos termos do art. 178 do Código de Processo Penal, para procederem ao Exame de Corpo de Delito descrito acima do periciando também já qualificado. Em face do que viram e observaram passaram a descrever com verdade e com todas as circunstâncias o que encontraram e, bem assim, esclarecerem tudo quanto possa interessar. **H I S T Ó R I C O:** Periciando refere que em 08/2016, sofreu acidente de trânsito (atropelada por motocicleta), lesionando-se em coxa direita. Foi socorrido por populares e levado para o Hospital de Buenos Aires e encaminhado ao Hospital HUT, onde foi submetido a cirurgia. Traz consigo os seguintes documentos: a) Boletim de Ocorrência nº 100203.001492/2018-56, em que se narra as circunstâncias do fato; b) Atestado Médico (Dr. Roldo Neves CRM 3531), datado de 18/04/2018, que refere tratamento de fratura de fêmur com dor e claudicação como sequela. **DESCRIÇÃO:** Periciando auto e alopsiquicamente orientado, apresentando as seguintes lesões: a) cicatriz cirúrgica em face lateral de terço médio e distal da coxa direita. **DISCUSSÃO:** As lesões observadas apresentam nexo de temporalidade e causalidade com o histórico, tendo decorrido de ação contundente. Tais lesões ocasionaram incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias e não resultaram déficit funcional de membro. **CONCLUSÃO:** Fratura de fêmur direito (consolidada). **RESPOSTA AOS QUESITOS FORMULADOS:** 1) Houve ofensa à integridade física ou a saúde do examinado? Resp.: Sim 2) Qual o instrumento ou meio que a produziu? Resp.: De ação contundente 3) Tais lesões poderão ter sido provocadas por acidente de trânsito? Resp.: Sim 4) Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função? Resp.: Sim, resultaram incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias. 5) Resultará incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou perda ou inutilidade de membro, sentido ou função ou deformidade permanente? Resp.: Não 6) Outros dados julgados úteis? Resp.: Não Nada mais havendo, deu-se por findo o presente laudo, que lido e achado conforme, vai devidamente assinado. ////

CARLOS ROGÉRIO MOQUEIRA DOS SANTOS
Perito Médico Legal - CRM 3135 - PI



Governo do Estado de Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia de Repressão ao Crime e Tráfico de Drogas

CARTÓRIO

Certificação presente e conforme com
o original. O original é verdade e devolvido.

Teresina (PI), 18.06.18

Escritório de Polícia Civil do Sertão
Matrícula: 12446 - Wilson Ferreira - Nel. 35665-2
Escritório de Polícia -



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO-DRCT



REQUISIÇÃO DE EXAME DE LESÃO CORPORAL

Senhor Diretor,

Requisito de V. Sª que proceda a Exame de Corpo de Delito (Lesão Corporal Culposa)

na pessoa de Tereza Maria De Jesus Alves Medeiros
naturalidade Barra do Piauí-PI profissão da lar
Data de Nasc. 09/10/1936 estado civil casada
Endereço Rua Bom Jesus, nº 3311, Bairro Buenos Aires, Teresina-Piauí
Filiação Ana Rodriguez dos Santos

R.G.: 333.978-55PI/PI CPF. 327.526.793-00

OBS: Cópias do Prontuário Médico, Boletim de Ocorrência e documento de identificação.

Na oportunidade, formulo os seguintes quesitos:

- 1 - Houve ofensa à integridade física ou à saúde do paciente?
- 2 - Qual o instrumento ou meio que a produziu?
- 3 - Tais lesões poderão ter sido provocadas por acidente de trânsito?
- 4 - Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função?
- 5 - Resultará incapacidade permanente para o trabalho, ou deformidade incurável, ou perda ou inutilidade de membro, sentido ou função ou deformidade permanente?
- 6 - Há outros dados julgados úteis a fornecer?

Teresina (PI), 24 de outubro de 2016.

Atenciosamente

D.C. Cassandra de Moraes Sousa Nune
Delegada de Polícia Civil
Matrícula: 104574-2

Ao
Ilustríssimo Senhor
Coordenador do Instituto Médico Legal
Nesta.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0247392/18

Vítima: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS

CPF: 327.526.793-00

Data do Acidente: 28/08/2016

CPF de: Próprio Titular do CPF: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Laudo do IML - Lesões corporais

Outros

Outros



TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS : 327,526,793-00

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 04/07/2018

Nome: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS

CPF/CNPJ: 327.526.793-00

Data do cadastramento: 06/07/2018

Nome: Patricia Aleixo Silva

CPF: 068.500.787-12

TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS

Patricia Aleixo Silva

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder - DPVAT

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Teniza Maria da Silva Alves Apudun

DATA DO ACIDENTE 28/08/2016 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 387.546.793-00

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, como os listados ao lado, neste formulário.
- Para acompanhar o pedido de identificação, acesse www.dpvatsegurodetransito.com.br ou ligue grátis 0800 0830 011 1100
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ 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) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (receptos e notas fiscais), correndo 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) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (orientações no próprio formulário)

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) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Causatário (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CONJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de convivência (juntos no IML, ou declaração de dependência junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples))
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (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) TENIZA MARIA DA SILVA ALVES APUDUN

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador: 387.546.793-00

E-mail: teniza@dpvat.com.br Telefone: (16) 38896-4404

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AG. CST 711972

Atendente MARCELO OLIVEIRA Matrícula 8881078

Data: 22/06/2018 Assinatura: [Assinatura]

De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0247392/18

Número do Sinistro: 3180311585

Vítima: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIR

CPF: 327.526.793-00

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

Outros



Data do acidente: 28/08/2016

Titular do CPF: TEREZA MARIA DE JESUS
ALVES MEDEIROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS : 327.526.793-00

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/09/2018

Nome: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS

CPF: 327.526.793-00

TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/09/2018

Nome: Alexandre Tavares Belfort

CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort

Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS**

Nº Sinistro: **3180311585**

Vítima: **TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS**

Data do Acidente: **28/08/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180311585**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente:

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

OP

TERESINA - PI, 31 DE JULHO DE 2018

Aos cuidados de: SEGURADORA LIDER - DPVAT
Nº sinistro: 3180311585 0800
Vítima: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS
Data do acidente: 28/08/2016
cobertura: INVALIDEZ
Assunto: Ratificação de endenço

Senhor(a).

Em resposta ao aviso de sinistro de número 3180311585.

Em conformidade com o sinistro detectado, enviamos em anexos os seguintes documentos:

- 1 - Comprovante de endenço
- 2 - A cópia da certidão de casamento (comprovando que o endençado é esposo da referida cliente).

98866-4344 →

TERESINA (PI) 17 de Agosto de 2018

Francisco dos Reis Alves Medeiros
RG 987.918 SSP/PI

SEGURO LIDER (PVA)

35-21-5018 14-23 05/21/18 1/1

Remetente

Teresa Maria de Jesus Alves Apudunior

Rua Bom Jesus n° 3311

B. Buenos Aires CEP: 64009-230

Paraná - PR

Destinatário



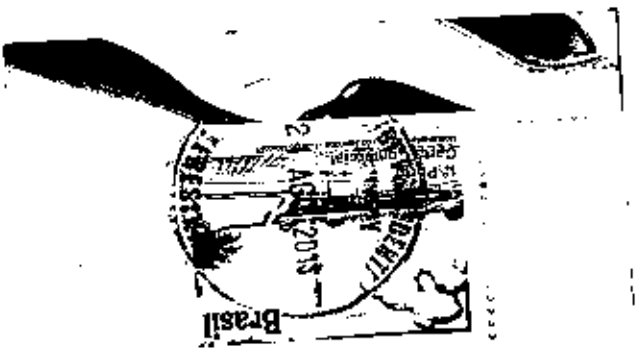
Seguradora Ltda. SERV

Caixa Postal 40.970

CEP: 20.270-971

www.seguradadelta.com.br

Rio de Janeiro - RJ



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0278667/19

Vítima: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIR

CPF: 327.526.793-00

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 28/08/2016

Titular do CPF: TEREZA MARIA DE JESUS
ALVES MEDEIROS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES MEDEIROS : 349.787.043-91

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

TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS : 327.526.793-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/08/2019
Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES MEDEIROS
CPF: 349.787.043-91

FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES MEDEIROS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/08/2019
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

ANDREZA ALVES DA CUNHA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0247392/18

Número do Sinistro: 3180311585

Vítima: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIR

CPF: 327.526.793-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/08/2016

Titular do CPF: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS : 327.526.793-00

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/09/2018
Nome: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS
CPF: 327.526.793-00

TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/09/2018
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort

Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS

Nº Sinistro: 3180311585

Vitima: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS

Data do Acidente: 28/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180311585**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13078143



Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190479260

Vítima: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS

Data do Acidente: 28/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS

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.**

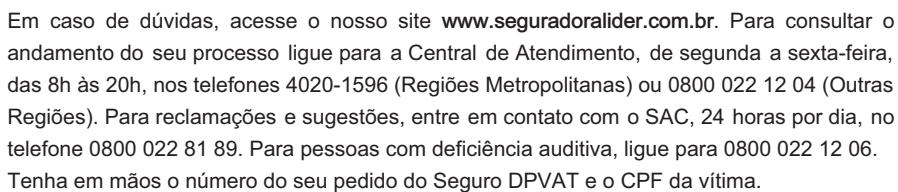
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSÉP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASI:

CPF da Vítima

327.526.793-00

Nome completo da vítima

TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDeiros

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDeiros		CPF titular da conta 327.526.793-00	Profissão DO LAR
Endereço RUA BOM JESUS		Número 334	Complemento
Bairro BUENOS-AIRES	Cidade TERESINA	Estado PEAVI	CEP 64.009-230
Email			Telefone (DDD) (86)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

- ☒ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAU (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	DV	CONTA NRO.	DV
0405	7	0111178	7
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO
TEREZA MARIA DE JESUS A. MEDeiros	
AGÊNCIA NRO.	DV
0405	7
CONTA NRO.	DV
0111178	7
(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

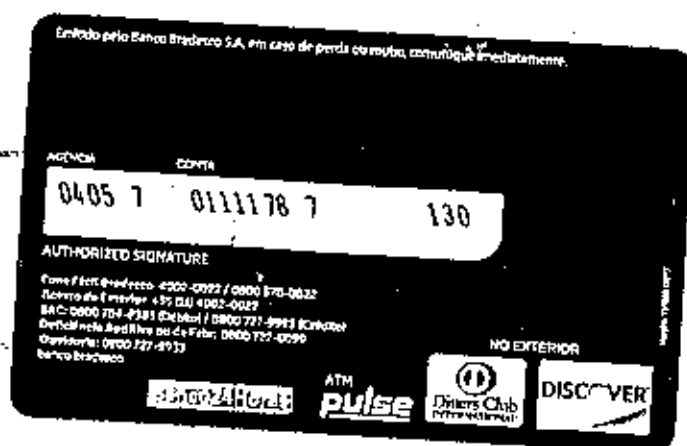
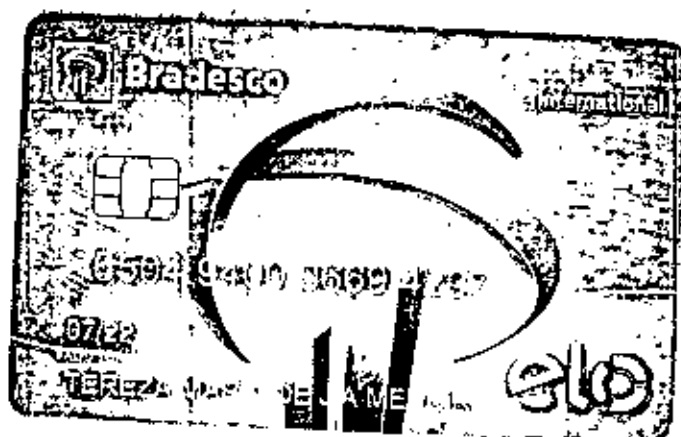
TERESINA 24 de Abril de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA BANCÁRIA
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASI:

CPF da Vítima

323.526.793-00

Nome completo da vítima

TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS		CPF titular da conta 323.526.793-00	Profissão DO LAR
Endereço RUA BOM JESUS		Número 3311	Complemento
Cidade BUENOS AIRES	Cidade TERESINA	Estado PIAUÍ	CEP 64.009-230
Email		Telefone (DDD) (86)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

- ☒ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRD 0405	DV 7	CONTA NRD 0111178	DV 7
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome TEREZA MARIA DE JESUS A. MEDEIROS		NRD	
AGÊNCIA NRD 0405	DV 7	CONTA NRD 0111178	DV 7
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

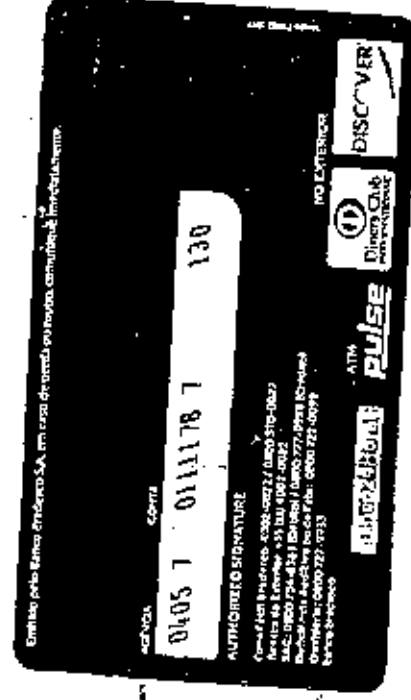
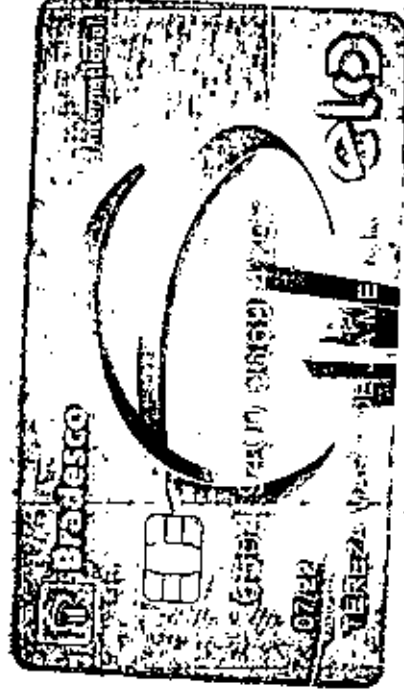
Teressina, 24 de Abril de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001492/2018-56

Unidade de Registro: DELEGACIA GERAL DE POLICIA CIVIL Resp. pelo Registro: Terasinha De Jesus Guimarães Lima Sousa

Data/Hora: 16/05/2018 - 18:07

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA BOM JESUS, Nº:

Complemento

Data/Hora

28/08/2016 - 19:00

Bairro

BUENOS AIRES

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS [80 ANOS]

RG: 333978

Mãe: ANA RODRIGUES DA SILVA

Pat: IGNORADO

Endereço: RUA -BOM JESUS, Nº 3311

Bairro: BUENOS AIRES

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VÍTIMA

Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES MEDEIROS

RG: 982918 SSP PI

Mãe: TEREZA MARIA DE JESUS ALVES MEDEIROS

Pat: VALDEMAR FERREIRA DE MEDEIROS

Endereço: RUA OLÍMPIO COSTA NETO, Nº 3192

Complemento: LOTEAMENTO CIDADE VERDE

Bairro: SAMAPI

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8896-4405

Tipo Envolv.: RESPONSÁVEL LEGAL/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O DECLARANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL E RELATA QUE SUA MÃE JÁ DEVIDAMENTE QUALIFICADA NESTE BO, SAIU DE CASA PARA UM COMÉRCIO EM FRENTE, E AO TENTAR ATRAVESSAR A RUA, FOI COLHIDA VIOLENTAMENTE POR UM MOITQUEIRO QUE NÃO SOUBE IDENTIFICAR. DISSE QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR UMA EQUIPE DO SAMU ATRAVÉS DO CHAMADO 436, E LEVADA PARA HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA-HUT. QUE A MESMA SOFREU LESÃO CORPORAL DE ACORDO COM O PRONTUÁRIO DE Nº 417647. AS DECLARAÇÕES AQUI PRESTADAS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE.

Teresinha De Jesus Guimarães Lima Sousa - Mat. 0093408
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Francisco das Chagas Alves Medeiros
FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES MEDEIROS - Notificante
Responsável pela Informação

Bel Riedel Batista dos S. Reinaldo
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 108.624-3



resina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
 Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU
SAMU
192

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

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.640.748/0001-89 Insc. Estadual: 19.301.351-5
Nota Fiscal / Conta da Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impostos Autorizado pela SEFAZ DO/PI

Nº da Nota Fiscal 004610442

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE Foi criada
pela Lei nº 10.478 de 10 de abril de 2007.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
ABRIL/2018	25/04/2018	92	76,36

ALBERTO ALVES DE MEDEIROS
R. BOM JESUS 3311 MEMORARE
CPF: 00015089312320
CEP: 64.009-230 - TERESINA

ROT: 12.001.37.52.140000

DADOS DA LEITURA		KWH	DADOS DA LEITURA	
Atual:		3618	Atual:	18/04/2018
Anterior:		3726	Anterior:	19/03/2018
Constante de Multiplicação:		1,000	Próxima Leitura:	17/05/2018
Consumo Medido:		92	Emissão:	17/04/2018
Consumo Faturado:		92	Apresentação:	18/04/2018

NORMAL

30

DADOS DA UTILIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Uso	Número Medidor	Ponto	Código Fat.	Mês e Ano
RESIDENCIAL	MONO	A004188		1.1.1.1	172

HISTÓRICO KWH	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/Ano Consumo	
MAR/18 115	CONSUMO 92 A R\$ 0,747255 = 68,74
FEV/18 97	CONTR. ILUMINACAO RUB. (COSIP) 6,11
JAN/18 103	CORRECAO MONETARIA IG 03/18-00 0,01
DEZ/17 133	MULTA POR ATRASO 03/18-00 1,31
NOV/17 98	JUROS DE MORA DE IMPO 03/18-00 0,19
OUT/17 215	
SET/17 73	
AGO/17 53	
JUL/17 46	
JUN/17 122	
TARIFA SOC. DE 18/04/18:	
R\$ 92 - 0,554238	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
DEBITOS JA REAVISADOS:	=====
Mes/Ano Valor R\$	Informações existentes de débitos vencidos no valor de R\$ 0,00 em 03/18/2018.
05/2017 556,65	Informações existentes de débitos vencidos no valor de R\$ 0,00 em 03/18/2018.

"ALÍQUOTA DE ICMS COM REAJUSTE DE 2%, CONFORME DECRETO N. 17.583, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2017."

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	14,30	Base de Cálculo:	68,74
Energia:	27,67	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	4,35	Valor de ICMS:	15,12
Encargos:	4,40	Valor do PIS:	0,47
Tributos:	17,76	Valor do COFINS:	2,17

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
5,31	10,63	21,25	3,24	6,48	12,95	3,03	
0,00			0,00			0,00	
TERESINA-MARQUES				02/2018		28,29	

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.640.748/0001-89 Insc. Estadual: 19.301.351-5
Nota Fiscal / Conta da Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impostos Autorizado pela SEFAZ DO/PI

Nº da Nota Fiscal 004610442

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE Foi criada
pela Lei nº 10.478 de 10 de abril de 2007.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
ABRIL/2018	25/04/2018	92	76,36

ALBERTO ALVES DE MEDEIROS
R. BOM JESUS 3311 MEMORARE
CPF: 00015089312320
CEP: 64.009-230 - TERESINA

ROT: 12.001.37.52.140000

DADOS DA LEITURA		KWH	DADOS DA LEITURA	
Atual:		3618	Atual:	18/04/2018
Anterior:		3726	Anterior:	19/03/2018
Constante de Multiplicação:		1,000	Próxima Leitura:	17/05/2018
Consumo Medido:		92	Emissão:	17/04/2018
Consumo Faturado:		92	Apresentação:	18/04/2018

NORMAL

30

DADOS DA UTILIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Uso	Número Medidor	Ponto	Código Fat.	Mês e Ano
RESIDENCIAL	MONO	A004188		1.1.1.1	172

HISTÓRICO KWH	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/Ano Consumo	
MAR/18 115	CONSUMO 92 A R\$ 0,747255 = 68,74
FEV/18 97	CONTR. ILUMINACAO RUB. (COSIP) 6,11
JAN/18 103	CORRECAO MONETARIA IG 03/18-00 0,01
DEZ/17 133	MULTA POR ATRASO 03/18-00 1,31
NOV/17 98	JUROS DE MORA DE IMPO 03/18-00 0,19
OUT/17 215	
SET/17 73	
AGO/17 53	
JUL/17 46	
JUN/17 122	
TARIFA SOC. DE 18/04/18	
R\$ 92 - 0,554298	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
DEBITOS JA REAVISADOS	=====
Mes/Ano Valor R\$	Informações existentes de débitos vencidos no valor de R\$ 0,00 em 03/04/2018.
05/2017 556,65	Informações existentes de débitos vencidos no valor de R\$ 0,00 em 03/04/2018.

"ALÍQUOTA DE ICMS COM REAJUSTE DE 2%, CONFORME DECRETO N. 17.583, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2017."

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	14,30	Base de Cálculo:	68,74
Energia:	27,67	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	4,35	Valor de ICMS:	15,12
Encargos:	4,40	Valor do PIS:	0,47
Tributos:	17,76	Valor do COFINS:	2,17

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
5,31	10,63	21,25	3,24	6,48	12,95	3,03	
0,00			0,00			0,00	
TERESINA-MARQUES				02/2018		28,29	