

Audiências x Upload x Controle de x Tribunal de x PJe Acesso 1º x PJe Consulta pr x PJe 0801281-26 x Sistema CN x Baixar o art x +

tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=283386&ca=520206d6534a25589045d3f484afad1cd5e51...

Apps Processo Virtual Na... =Administrativos Portal do Advogado Google Nova guia Meu INSS [bb.com.br] Zimbra: Movimenta... PJE 1º Publicações

PJe ProceComCiv 0801281-26.2019.8.18.0030
FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSO...

9082524 - CONTESTAÇÃO (2710798 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 01/04/2020 14:14:14

01 Apr 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 9082521 - CONTESTAÇÃO
 - 9082524 - CONTESTAÇÃO (2710798 CONTESTACAO 01)
 - 9082526 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2710798 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 9082529 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 9082531 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
 - 9082532 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

14:14

2710798- CS/ 2020-01440/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADO

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE OEIRAS/PI

Processo: 08012812620198180030

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro

PROTOCOLO.pdf PROTOCOLO.pdf PROTOCOLO.pdf protocolo.pdf protocolo.pdf Exibir todos x

PT 14:14 01/04/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE OEIRAS/PI

Processo: 08012812620198180030

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

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

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

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **28/07/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **27/12/2018**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)


Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA				
DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190025158	Cidade: Oeiras	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA	Data do acidente: 28/07/2018	Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A		
PARECER				
Diagnóstico: Fratura de cotovelo esquerdo Fratura luxação de tornozelo direito				
Descrição do exame físico: Déficit de flexão dorsal (realiza 0-15 graus), flexão plantar (realiza 0-20 graus), abdução (realiza 0-15 graus) e adução (realiza 0-15 graus) de tornozelo direito. Dor à mobilização e déficit de força grau 3. Edema (2+/3+). Déficit de flexão (realiza 0-110 graus) de cotovelo esquerdo, com dor à mobilização. Articulação permanece em flexão de cerca de 20 graus durante o repouso. Atrofia (+/3+). Déficit de força grau 2.				
Resultados terapêuticos: Submetida a tratamento cirúrgico da fratura luxação de tornozelo direito. Tratamento conservador em cotovelo esquerdo. Não realizou fisioterapia.				
Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito em grau médio, Limitação funcional do cotovelo esquerdo em grau leve.				
Sequelas: Com sequelas				
Data do exame físico: 21/01/2019				
Conduta mantida:				
Observações: Raio X: Fraturas completas desalinhadas nos ossos da perna. Indenização em grau médio do tornozelo D devido a limitação da mobilidade articular. Indenização em grau leve do cotovelo E devido a limitação da flexo-extensão articular. Quadros estabelecidos. Procedida avaliação médica na cidade de Picos.				
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 dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **28/07/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos).**

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:	25/01/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	2.531,25
*****TRANSFERIDO PARA:	
CLIENTE:	FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA
BANCO:	104
AGÊNCIA:	01383
CONTA:	000000026203-8
Nr. da Autenticação B5E46FA80777A6E4	

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL
Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 2.531,25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)**.

DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

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

⁷art. 1º. (...)

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

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

OEIRAS, 26 de março de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

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

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

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

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

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-pentoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob nº 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **OEIRAS**, nos autos do Processo nº 08012812620198180030.

Rio de Janeiro, 26 de março de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 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/BIBLIOTECASWEB/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 fixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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 RANYERE MARTINS SILVA, inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.400.283 / 42, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisca Luzide de Góes, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.400.283 / 42, do sinistro de DPVAT cobertura INVA/FDE2 da Vítima FRANCISCA LUZIDE DE GÓES DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 944.025.383 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

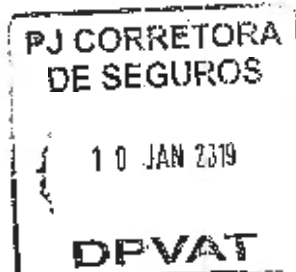
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>AV. DOM. EXPEDITO LOPEZ</u>		Número <u>241</u>	Complemento <u>- / -</u>
Barrio <u>JURE MENTU</u>	Cidade <u>DETRAS</u>	Estado <u>PIAUÍ</u>	CEP <u>64500-000</u>
Telefone comercial (DDD) <u>- / -</u>		Telefone celular (DDD) <u>89-99408-3523</u>	

DETRAS 02 de JANUÁRIO de 2019
Local e Data

Ranyere Martins Silva
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTONIO LUIS FERNANDES DE SOUSA

RG nº 1532889, data de expedição 03/01/18

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 260750.308-67, com domicílio na cidade de DETRAS, no Estado de PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

AV. ANTONIO TAPETY - BARRO JURUENHA, nº 762,

complemento -, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES SILVA cujo o condutor era

ANTONIO LUIS FERNANDES DE SOUSA

Veículo: PAI - MOTORCICLO

Modelo: HONDA - CG - 100 - FANES?

Ano: 2012

Placa: GED-5723

Chassi: 9C2KC1670CR598106

Data do Acidente: 28-07-2018

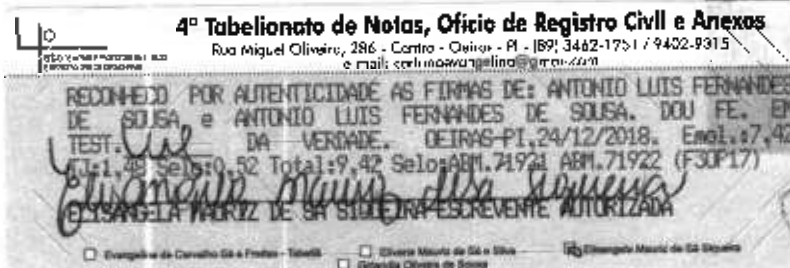
Local e Data: PI, ESTRADA RUA LUIZ DE ALMEIDA TANQUE - PIAUI
PROXIMO A CHRIS G S E HENRIQUE - NO MUNICIPIO DE DETRAS - PIAUI - 28-07-18

Antonio Luis Fernandes de Sousa

Assinatura do Declarante

Antonio Luis Fernandes de Sousa

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



POR AUTENTICIDADE

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

TOTONHO FREITAS,
OEIRAS NOVA, OEIRAS/PI - 64500-000
CNPJ: 06553564001371
(89) 3462-1213 - () -

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

- Atendimento: P041104
Data: 28/07/2018
Funcionario: SILVA

Registro: 24475
Hora: 03:32:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: FEMININO

Senha 7

SUS

FRANCISCA LUZILEIDE GONÇALVES DA SILVA

CPF: - RG: - CARTÃO DO SUS

Nasc.: 03/08/1973 Idade: 44 ANOS, 11 MESES, 25

Profissão:

Civil: OUTROS CEP: 64500-000

Ind.: LOCALIDADE SOIZAO, 3 -

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: OEIRAS/PI

Cor: PARDA

Telefone: () -

Mãe: ISABEL DOS SANTOS SILVA

Pai: ANTONIO GONÇALVES DA SILVA

Clínica: CLINICA MEDICA Documento: 6989 - JAQUELINE PINHEIRO DE ALENCAR

SUS:

Responsavel: FRANCISCA LUZILEIDE GONÇALVES DA SILVA - Temp.: 0°C Peso: 0Kg P.A.: 0

Procedimentos

28/07/2018 3:32 0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

28/07/2018 3:35 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

☐ Vermelho - Emergência☐ Laranja - Muito Urgente☒ Amarelo - Urgente☐ Verde - Pouco Urgente☐ Azul - Não

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO TIPO QUEDA HA 30 MIN. NEGA SINCOPE NA HORA DO OCORRIDO. REFERE USO DE BEBIDA ALCOOLICA. APRESENTA CORTE EM COTOVELO ESQUERDO, ESCORIAÇÕES ABDOMEN, JOELHO ESQUERDO. REFERE DOR LOCAL. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E DOENÇAS CRÔNICAS. LEVADA A SALA DE CURATIVO SEM VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS.

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

28/07/2018 03:35:52

499528-NATANELA MOURA
FORTELA-FREITAS

DADOS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO TIPO QUEDA HA 30 MIN. NEGA SINCOPE NA HORA DO OCORRIDO. REFERE USO DE BEBIDA ALCOOLICA. APRESENTA CORTE EM COTOVELO ESQUERDO, ESCORIAÇÕES ABDOMEN, JOELHO ESQUERDO. REFERE DOR LOCAL. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E DOENÇAS CRÔNICAS. LEVADA A SALA DE CURATIVO SEM VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS.

DIAGNÓSTICO

TRAUMA

CID

9999

EXAMES COMPLEMENTARES

RADIOGRAFIA DE TORNOZELO DIREITO, PÉ DIREITO E COTOVELO ESQUERDO

PRESCRIÇÃO MEDICA

1. VOLTAREN 01 AMP IM

1

OK

Jaice Maria de Sousa Santos
Téc. de Enfermagem
CCREN nº 1.103.697

04:00

CONDUÇÃO MEDICA

ENCAMINHADO PARA EXAMES

Data: 28/07/2018 Hora: 03:43:29

2. Sutura + curativo

3. SFO, 500 mg + Ampicilina 0,5g.

4. ~~Atorvastatina~~ 10mg/ml + 10mg SFO, 5g, EV. OK

5. Plavix 0,5 amp + 40g EV. OK

Jaice Maria de Sousa Santos
Téc. de Enfermagem
CCREN nº 1.103.697

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

10 JAN 2019

DPVAT

Jaice Maria de Sousa Santos
Téc. de Enfermagem
CCREN nº 1.103.697

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: franeisea luzilê de gonalves da silva

ALA: 113 ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: 28/07/28

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
M A N H Ã	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 ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO		
0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO		
0202010473	GLICEMIA CAPILAR		

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	

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: Francisca Langilde Gonçalves da Silva

ALA: UPA ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: 28/01/18

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)	
M A N H Ã				
	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		

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)	
T A R D E				
	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		

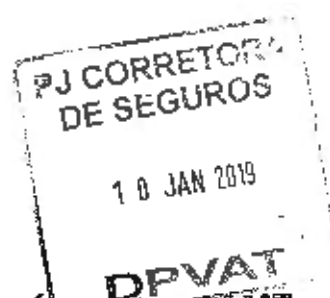
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)	
N O I T E	As 06:45 hrs: Realizado imobilização de membro, utilizando algodão capilar + atadura gorda (2 unidades) + atadura de curo (3 unid.) + esparadrapo.		<p>Joana Paula Camilo F. Silva Téc. de Enfermagem COREN-PI 01151029</p> <p>PJ CORRETORA DE SEGUROS</p> <p>10 JAN 2018</p> <p>DPVAT</p>	
	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		



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Francisca Luzileide G. da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 485288



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

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tilo 1820 Badencão - Fone: 36 3218 5445

TSRRESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.525.317/0002-00

Imp: 10/28/2012 18:51:22

(Case: ALBERTA)

(FEB 23 2001)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA		<u>Prontuário:</u> 485288
<u>Mãe:</u> ISABEL DOS SANTOS SILVA	<u>Pai:</u> ANTONIO GONCALVES DA SILVA	
<u>End. Resid.:</u> POVOADO SOIZAO - ZONA RURAL - OBRAS - PI - CEP: -		
<u>Nascimento:</u> 03/08/1973	<u>Idade:</u> 45a0m11d	<u>Sexo:</u> FEMININO <u>Fone:</u> 99-98809-3630
<u>Responsável:</u> FRANCISCA LARA	<u>CNS:</u> 700006198293100	
<u>Profissão:</u> DOJAR	<u>Documento:</u> RG: 24910003 - SSP PI	
<u>G. Instrução:</u> Não informado	<u>E.Civil:</u> Solteiro(a)	
<u>End. Local:</u> - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 679354	<u>Data:</u> 14/08/2018 18:43:49	<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR
<u>Motivo da Procura:</u> DOR MEMBROS INFERIORES		<u>Convênção:</u> S U S
<u>Acid.Trab.:</u> NÃO	<u>Acid. Trajeto:</u> NÃO	<u>Acid. Trab. Típico:</u> NÃO
<u>CID Secundário:</u>		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>inal/Sintoma:</u>	<u>Evento Principal:</u>	<u>Destino:</u>	<u>Classificação:</u>
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Não evento recente	ORTOPEDISTA	Azul
<u>Breve História:</u> ENCAMINHADA DE OELRAS C HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO EM 28/08/2018.RELATO DE TRAUMA EM MID.ENCAMINHAMENTO RELATA FRATURA DE TORNOZELO D.NEGA OUTRAS QUEIXAS.(STC) NO MOMENTO SEM QUEIXAS. ECS-15		<u>Profissional Clas. Risco:</u> CLARIANA MARQUES BARROS PIRES COREN PI 136836 Em: 14/08/2019 18:51:21	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: :)

Pente inserido e omeas.
 Roduzido com imagem de
 fôno de pulso 15/10
 Boa cond. de parte mto
 em 05/10/18

Dr. Lafayette Fontenelle B. Macedo
 MÉDICO
 CRM-PI 6474 / CRM-MA 8956

PA: X mmHg FC: bpm
 Diagnóstico Inicial:

10 JAN 2019
 DPVAT

CONDUTA MEDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

[Handwritten signature]

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

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

Assinatura Paciente ou Responsável Fernando José Gonçalves da Silva

Assinatura - Profissional Médico



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DUCARA
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO - OEIRAS - PIAUÍ

HRDC

SOLICITAÇÃO DE VAGA/TRANSFERÊNCIA

DATA: 28/07/19 HORA: 1/1 Nº DO TELEFONE: _____

HOSPITAL SOLICITANTE: HRDC MUNICIPIO: _____

MÉDICO: Fernando Mes CRM: 4565

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetrícia (☒) Trauma () Clínico () Cirúrgico () Psiquiatria () Outro _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Francisca Inês de Sousa

Idade: _____ anos Sexo: () Masculino (☒) Feminino

HDA: fratura / luxação / fratura do

fratura costela E

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- 4- Espontânea
- 3- Comandos
- 2- A dor
- 1- Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- 5- Orientado
- 4- Confusa
- 3- Palavras inapropriadas
- 2- Palavras incompreensíveis
- 1- Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- 6- Obedece a comandos
- 5- Localiza dor
- 4- Movimento de retirada
- 3- Flexão anormal
- 2- Extensão anormal
- 1- Nenhuma

SINAIS VITAIS

T ax: _____ °C P: _____ bpm R: _____ mm PA: _____ mmHg Sat O₂: _____ Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- () Oxigênio () Hidratação Venenosa
- () Aspiração () Medicação
- () Curativo () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)


HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: MUT

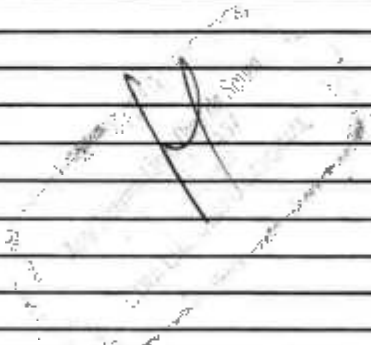
Clínica / Posto: Ortopedia Senha: 13082018002

Assinatura e carimbo do Médico

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade:	HRDC	Para:	HUT
Nome da Pessoa Encaminhada:	Francine Luzinete Gonçalves de Silva	Registro:	
Motivo do Encaminhamento:	fratura / luxação tornozelo direito + fratura cotovelo E		
Observações:	Necessidade de enqre		
28/07/18 Data	 Responsável pelo Encaminhamento		OBS: Deve ser Arquivado o Centro da Saúde, Unidade Mista e Hospitalar local ou regional

FICHA RETORNO

Da Unidade:	Para
Nome do Cliente	Registro Original
Diagnóstico e Orientações:	
	
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; margin-bottom: 5px;"></div> Data	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 150px; margin-bottom: 5px;"></div> Responsável pelo Encaminhamento

OBS: Esta Ficha deverá ser devolvida ao local da origem através do próprio paciente devidamente fechada.



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 15/08/18

NOME DO PACIENTE: <u>Francisco Luiz de Almeida</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>1111</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Prostata Prostata / Tumor</u>	CIRURGIA: <u>Prost. Aberta / Tumor</u>
ANESTESIA:	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Carlos</u>	CPF Nº: _____
AUXILIAR: <u>Enferm.</u>	CPF Nº: _____
ANESTESIA:	CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: <u>Evelandine</u>	CPF Nº: _____

DR. JOEL CAMPOS NETO
CRM-PA 313-08
CRM-PR 313-08

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº <u>7 e 7,5</u>	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº <u>8</u>	PAR	01	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	04		PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	50		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	02		SERINGA 10CC	UNID.	04	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	10		SONDA URETRAL	UNID.	02	
JELCO Nº	UNID.	02		<u>Crepam</u>		04	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRENCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>20</u>		04		ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE: <u>Y</u>			
VICRYL		02					
PROLENE							

DR. JOEL CAMPOS NETO
CRM-PA 313-08
CRM-PR 313-08



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

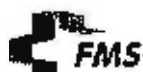
Nome do Paciente			
Diagnóstico pré-operatório <i>Prima Ruptura Total / Torsão</i>			
Operação - Tipo <i>DATA R Ruptura Total + DATA TORSÃO</i>			
Cirurgião <i>JOEL CAMPOS NETO</i>		1º Assistente <i>CHACAR</i>	
2º Assistente <i>RI BENESE</i>		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação		Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1. 30m Ruptura - Ruptura - Lax - Anestezia Total*
- 2. 10m Ruptura - Ruptura - Anestezia Total - Ruptura - Ruptura*
- 3. 10m Ruptura - Ruptura - Ruptura - Ruptura*
- 4. 10m Ruptura - Ruptura - Ruptura - Ruptura*

DR. JOEL CAMPOS NETO
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PI 1930 / CPF: 306.881.317-63



220691

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIR)

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

123223

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 220691
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA			6 - Prontuário: 485288	
7-CNS: 700006198293100	8-Nascimento: 03/08/1973	9-Sexo: Feminino	RG: 24910003 - SSP PI	
11-Mãe: ISABEL DOS SANTOS SILVA			12-Fone: 89-98809-3630	
13-Resp: FRANCISCA IARA			14-Cor: Sem Informação	
15-Endor: POVOADO SOIZAO - ZONA RURAL - CEP: 64500-000				
16-Munic: OETRAS	17-Cod. IBGE: 220700	18-UF: PI	19-CEP: 64500-000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

<u>20 - Principais sinais e sintomas clínicos:</u>			
TRAUMA EM TORNOZELO DOR, EDEMA E DEFORMIDADE			
<u>21 - Condições que justificam a internação:</u>			
NECESSITA TRATAMENTO CIRURGICO			
<u>22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):</u>			
RX			
<u>23-Diagnóstico Inicial:</u>		24-CID Prim:	25-CID Sec :
Fratura da extremidade distal da tibia		S823	26-CID C.Aux:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408050543		27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL		Tempo
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Rec. Méd. Solic.: CPF 746.635.933-72	Dr. Lajayete Fontenelle B. Macedo MEDICO CRM-P 6474 / CRM-MA 8956 35-Ass. Carimbo M. (Sol. / J. / R.):
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA			34-Data Solicitação: 14/08/2018	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Data:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CECA:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vinculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 14/08/18	50-Local: Imbo (Rg. Conselho)
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>[Assinatura]</i>
		52-Quêrio: (LAO TSE) Consulta Local: 679354 Consulta SUS: Impressão: 14/08/2018 19:49:47

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO
HOSPITALAR**

Nº LAUDO: 123223

AIH: 2218101599868

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES
5828856
CNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE FRANCISCA ZULEIDE GONÇALVES DA SILVA	NASCIMENTO 03/08/1973	SEXO F	PRONTUÁRIO 435283
DOCUMENTO	TELEFONE 89988093630	NOME DA MÃE ISABEL DOS SANTOS SILVA	RESPONSÁVEL FRANCISCA IARA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO		NUMERO / LOTE 50	
BAIRRO ZONA RURAL - BR020	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO 220700 OELIRAS		UF PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

TRAUMA TORNOZELO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAMES CLÍNICOS - RAIOS X

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID-10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S823 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA

**CID-10
SECUNDÁRIO**

CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050543 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL

LEITO/CLÍNICA

**PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO
CONSELHO))**

CARÁTER

URGENCIA

SOLICITAÇÃO

14/08/2018

LAO TSE FRONTIERS DA SILVA FEITOSA

CPF: 74663593372

CRM:

DATA ADMISSÃO

14/08/2018 09:00

DATA ALTA

16/08/2018 09:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE/SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO
----------------------	----------------------------	----------------------------	------------------------	-------------------------	-------------	--------------------------

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

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

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

LIJZ EDSON DOS SANTOS COSTA

CPF 06570216368

CRM

DATA ANALISE 22/08/2018 05:21:29

CPF

CRM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: Fra. Lusilda G. da Silva Sala: Alergia: neq. Data:
Procedimento: Exatuna de tornozelo Cirurgião: Observações:

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Midazolam													
2 Bupivacaína 0.5%	15 mg												
3 morfina	80 mg												
4 clonazepam	1 mg												
5 Dexametasona	1 mg												
6 Tenoxicam	1 mg												
7 Bromopride	1 mg												
8													
9													
10													
11													
12													
13													
Volatil	%												

Acesso Vascular

- ☒ Periférico MSD
- Cat. Venoso nº 20G
- ☐ Dificuldade de aces. venoso
- Gastos cateteres
- ☐ Central

Via Aérea

- ☐ Cateter nasal
- ☐ IDT nº
- ☐ LMA nº

Monitorização:

- ☒ Cardioscopia
- ☒ PANI
- ☒ Oxímetro de pulso
- ☐ ETCO2
- ☐ Outros

Anestesia:

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

Decúbito: dorsal

SPO2 (%)	99% 99% 99%
ETCO2 (mmHg)	
Aces. Venoso	
Aces. Venoso	
Diurese	
Perdas Sanguíneas	

Descrição da Anestesia:

Sedação com midazolam
Raqui-anestesia 266 Lb/L
liquor claro
bupivacaína 0.5% 15mg + morfina 80mg

Dr. Denis A. Cavalcanti
Anestesiologista
C.R.O. 14.256

Anestesiologista



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Ollio Tito 1823 - Rodagem - Fone: 66 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.332.917/0002-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA** (Prontuário: 485286)
 Endereço: POVOADO SOIZAO - ZONA RURAL - DEIRAS - PI CEP: 64500-000
 Nascimento: 03/08/1973 Idade: 45a3m3d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 679354
 Requisição: 864487 Solicitação: 14/08/2018 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA
 Controle: 1069826 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060087

Data Exame: 14/08/2018

TORNOZELO DIREITO

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

- Fraturas completas recentes desalinhadas distais nos ossos da perna.
- Aumento de volume de partes moles.

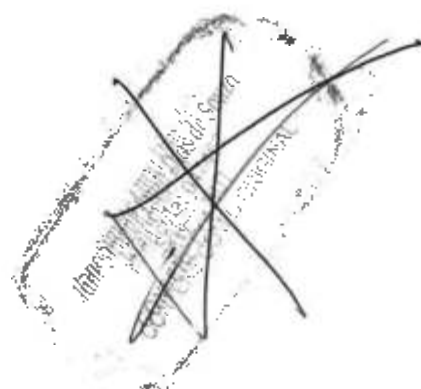
(RANDI SILVA)

TERESINA - PI 06/11/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



MS-DATASUS
VERSÃO: 19.30

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
ESPELHO DA AIH

PAG.: 10
DATA: 12/09/2018

O.E.: E220000001

ESFERA: PÚBLICO

APRESENTAÇÃO: 09/2018

Núm AIH: 221810222666-3 Situação: EXPORTADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 09/2018 Data Autorização: 28/07/2018

Especialidade: 05 - CLINICOS Orgão Emissor: E220000001 CRC: 08F1A8587E
Doc autorizador: 705709454436030 Doc med resp: 207284649960001 Doc diretor clínico: 207284649960001 Doc médico solic: 170372001800007
CNS: 2777762 - HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO CNS: 70030619829310-0
Paciente: FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA Prontuário: 27213
Data Nasc.: 03/08/1973 Sexo: FEMININO Nacionalidade: 010 - BRASIL Tipo Doc.: Identidade Doc: 2491003
Responsável pac.: FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA Nome da Mãe: ISABEL DOS SANTOS SILVA
Endereço: ACESSO SOIZAO Bairro: Raça/Cor: 99-SEM INFORMACAO Etnia: 0000-NAO SE APLICA Telefone: (89)9380-93630 Moda Proc.: NÃO
Município: 220700 - OEIRAS UF: PI CEP: 64500-000
Procedimento solicitado: 03.08.01.001-9 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA
Procedimento principal: 03.08.01.001-9 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA
Diag. principal: T023-FRATURAS ENVOLVENDO REGIOES MULTIPLAS DE UM MEMBRO INFERIOR Diag. secundário:
Complementar: Causa Óbito:
Caráter atendimento: 02 - URGENCIA Modalidade: HOSPITALAR
Data internação: 28/07/2018 Data saída: 14/08/2018 Mot saída: 81 - TRANSFERENCIA PARA OUTRO ESTABELECIMENTO
Liberação SISAIH01: AIH Anterior: - AIH Posterior: -
[Causas Externas (Acidente ou Violência)]
CNPJ do Empregador: - CNAER: -
Vínculo Previdência: - CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtd	Gmpt	Descrição
1	0308010019	170372001800007	225125	2777762	2777762	1	07/2018 TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE
2	0301010170	170372001800007	225125	2777762	2777762	18	07/2018 CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO
3	0202020380			2777762	2777762	1	07/2018 HEMOGRAMA COMPLETO
4	0202020029			2777762	2777762	1	07/2018 CONTAGEM DE PLAQUETAS
5	0202010473			2777762	2777762	1	07/2018 DOSAGEM DE GLICOSE
6	0202010317			2777762	2777762	1	07/2018 DOSAGEM DE CREATININA
7	0401010015	170372001800007	225125	2777762	2777762	6	07/2018 CURATIVO GRAU II C/OU S/ DEBRIDAMENTO
8	0802010189			2777762	2777762	8	07/2018 DIARIA DE PERMANENCIA A MAIOR

CID SECUNDÁRIO

Cid Característica Descrição
V299 PREEXISTENTE MOTOCICLISTA (QUALQUER) TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO ESPECIFICADO

Número de Nascidos Número de Saídas Nº Pré-Natal: -
Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos:

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995, Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

UNIDADE		Código / CNPJ	
Nome: HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO		06.553.564/0013-71	
Endereço: Av. Rui Barbosa, 586		Município: OEIRAS	UF: PI
CEP: 64.500-000	FONE: (89) 3462-1213		
ÓRGÃO EMISSOR			
Nome do Paciente: Francisca Myllene Gonçalves de Silva			
Endereço-Rua-Número-Bairro: LOC. SOZZAO		Município: OEIRAS	UF: PI
CEP: 64.500-000	Data do Nascimento: 03.08.1973	SEXO: Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input checked="" type="checkbox"/>	CONDIÇÃO: Segurado <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Outro Dep. <input type="checkbox"/>
Nome do Segurado:			
PIS/PASEP Nº Individual:	Vínculo com a Previdência: Empregado <input type="checkbox"/> Empregador <input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Segurado <input checked="" type="checkbox"/>	CNPJ da Empresa: 06.553.564/0013-71	
CPF do Médico Solicitante: 50.715.373-20	Proced. Solicitado: 03.08.01.001-9	Cart. Int.: 02	Data Emissão: 28.07.18
CPF Médico Responsável: 138.141.173-87		Ass. Médico Responsável:	
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO: Causa Externa <input type="checkbox"/> CNPJ da Seguradora:		Nº do Biliete:	Série:

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Paciente vítima de acidente motorístico apresentando fratura de fêmur e tibia distal

Condições que Justificam a Internação:

de acordo com o exame

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

Exame clínico

Diagnóstico Inicial: Fratura de fêmur e tibia distal (D)

Procedimento Solicitado: Internamento hospitalar

Clinica Cirúrgica	Obstétrica	Cli. Médica
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3
Fisioterapeuta	Psiquiátrica	Pediátrica
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7
		Outros
		<input type="checkbox"/> 8

Assinatura do Médico Solicitante (Examinador): [Assinatura]

CRM: [Assinatura]

Data: 28.07.18

Médico Responsável
CRM e CPF



HOSPITAL REGIONAL DE OLINDA COUTO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h



PRATU

Ala B

Unidade de Pronto Atendimento

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENFERMARIA: 01 LEITO: 04 Nº PRONTUÁRIO:

NOME DO PACIENTE: FRAZESCA FERNANDA DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO: 05/03/1979

DATA PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

OBSERVAÇÕES MULTIPROFISSIONAIS

14/08/2018 Prescrição Médica

08/08/2018 Prescrição Médica

07/08/2018 Prescrição Médica

06/08/2018 Prescrição Médica

05/08/2018 Prescrição Médica

04/08/2018 Prescrição Médica

03/08/2018 Prescrição Médica

02/08/2018 Prescrição Médica

01/08/2018 Prescrição Médica

31/07/2018 Prescrição Médica

30/07/2018 Prescrição Médica

29/07/2018 Prescrição Médica

28/07/2018 Prescrição Médica

27/07/2018 Prescrição Médica

26/07/2018 Prescrição Médica

25/07/2018 Prescrição Médica

15/08/2018 Prescrição Médica

14/08/2018 Prescrição Médica

13/08/2018 Prescrição Médica

12/08/2018 Prescrição Médica

11/08/2018 Prescrição Médica

10/08/2018 Prescrição Médica

09/08/2018 Prescrição Médica

08/08/2018 Prescrição Médica

07/08/2018 Prescrição Médica

06/08/2018 Prescrição Médica

05/08/2018 Prescrição Médica

04/08/2018 Prescrição Médica

03/08/2018 Prescrição Médica

02/08/2018 Prescrição Médica

01/08/2018 Prescrição Médica

31/07/2018 Prescrição Médica

15/08/2018 Prescrição Médica

14/08/2018 Prescrição Médica

13/08/2018 Prescrição Médica

12/08/2018 Prescrição Médica

11/08/2018 Prescrição Médica

10/08/2018 Prescrição Médica

09/08/2018 Prescrição Médica

08/08/2018 Prescrição Médica

07/08/2018 Prescrição Médica

06/08/2018 Prescrição Médica

05/08/2018 Prescrição Médica

04/08/2018 Prescrição Médica

03/08/2018 Prescrição Médica

02/08/2018 Prescrição Médica

01/08/2018 Prescrição Médica

31/07/2018 Prescrição Médica



HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h
PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE: Francisco da Silva ENFERMARIA: 03 LEITO: 04 Nº PRONTUÁRIO: de 416

DATA DE NASCIMENTO: 08.03.1973

DATA

HORÁRIO

OBSERVAÇÕES MULTIPROFISSIONAIS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FARMÁCEUTICA E FARMACIA

Exatidão repete dor em membro afetado

Maria de Fátima dos Santos
Técnica de Enfermagem
COPEN-PI: 1229001

13/08/2013

13/08/2013

13/08/2013

13/08/2013

13/08/2013

13/08/2013

13/08/2013

13/08/2013

13/08/2013

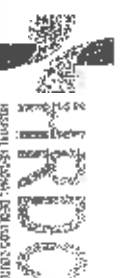
13/08/2013

13/08/2013



Pisani
GOVERNINO JOSEFATTO

HOSPITAL REGIONAL DE OLINDO COUTO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24h
PRESCRIÇÃO MÉDICA



UP24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

NOME DO PACIENTE: FRANCISCA FERREIRA DA SILVA		ENFERMARIA: 01	LEITO: 04	Nº PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO: 08/03/1973		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES	
12/08/2018	# FRATURA FECHADA DE TÍBIA/FÍBULA D AGUARDANDO REGULAÇÃO		<p>Dr. Mo. Elenilde Cabeciera</p> <p>comprimento prescrição</p> <p>Maria de Fátima dos Santos</p> <p>Técnica de Enfermagem</p> <p>COBREN-PR-1229051</p>	
	1) DIETA ORAL LIVRE	OK!		
	2) JELCO SALINIZADO	OK!		
	3) OMEPRAZOL 20 MG-1 COMP, VO, PELA MANHÃ	OK!		
	4) TILATIL 20MG+AD EV 12/12H	OK!		
	5) DIPIRONA- 40 GOTAS VO 6/6H SE DOR OU FEBRE	OK!		
	6) ONDASETRONA +AD EV 8/8 S/N	OK!		
	7) LIQUEMINE 5000 UI/0,25ML SC 12/12 H	OK!		
	8) CAPTOPRIL 25MG – OICP, VO, SE PAS>160 E/OU PAD>110	OK!		
	9) MIMGH	OK!		
	9) CABECEIRA ELEVADA	OK!		
	10) SSVV+ CCGG	OK!		

00-000000

SOLICITAÇÃO DE PARECER DO: Osteopedista

Nome do Paciente: Francisco José de Góes da Silva - Dat. Nasc.: 1/1/1987

Clínica: _____ Ata: _____ Enf.: _____ Leito: _____

MOTIVO SOLICITAÇÃO:

Paciente vítima de acidente automobilístico apresentando fratura fechada de fêmur e placa distal.
Sob o acompanhamento

Data: 28/1/18

Assinatura:

Jaqueline B. Amaral
Médica
CRM PI 3572

PARECER:

fratura de fêmur e placa distal D
fratura costela E

Q. prescrição pt fis terapia

Data: 28/1/18

Assinatura:

SOLICITAÇÃO DE PARECER DO:

CIURGIA GERAL

Nome do Paciente:

Fra Lucilene G. Silva

Data Nasc.:

/ /

Clinica:

Ata:

Enf.:

01

Leito:

04

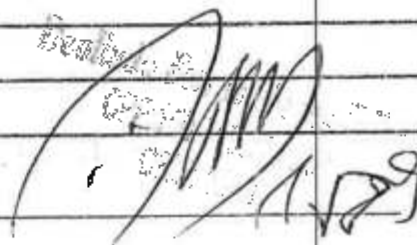
MOTIVO SOLICITAÇÃO:

Feminismo infectado no
colostro esquerdo e/
crusta; impedindo a
suckling.

Data:

14/08/18

Assinatura:



PARECER:

Data:

/ /

Assinatura:

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.491.003 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/08/02

NOME FRANCISCA LUZILEIDE GONÇALVES DA SILVA

FILIAÇÃO ANTONIO GONÇALVES DA SILVA ISABEL DOS SANTOS SILVA

DATA DE NASCIMENTO 03/08/73

PICOS - PI DOO ORGEM

CERT. CAS. N° 1175 L. 05 FLS 77 4 OFICIO. SEIRAS 2406/92

ASSINATURA DO DIRETO

LEI N° 7.116 DE 29/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

POLEGAR DIREITO

ABEINATURAL DO TITULAR

Francisca Luzileide Gonçalves da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

941.025.383-72

FRANCISCA LUZILEIDE GONÇALVES DA SILVA

03/08/1973

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identificação.

SET/2000

BANCO DO BRASIL

REJ CORRETORA
DE SEGUROS

10 JAN 2019

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1554733950

NOME
RANYERE MARTINS SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA
3164096 SSP PI

CPF
046.400.283-42

DATA NASCIMENTO
19/10/1990

FILIAÇÃO
JOSE DE RIBANAR SANTOS SILVA
EDILEUSA MARINHO MARTINS SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO
05841045485

VALIDADE
02/01/2023

1ª HABILITAÇÃO
31/07/2013

OBSERVAÇÕES
A

Assinatura do titular
Ranyere Martins Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
OEIRAS, PI

DATA DE EMISSÃO
11/01/2018

14180954844
PI3201085700

ASSINATURA DO DIRETOR

PIAUI

PROIBIDO PLASTIFICAR
1554733950

DFACALAN

PJ CORRETORA DE SEGUROS

10 JAN 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI 9020170209959 Nº 013226602933
CERTIFICADO DE REGISTRO E CENSIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - CDD RENAVAM 1 482295910 EXERCÍCIO 2018

ANTONIO LUIS FERNANDES DE SOUSA

26075030867 9C2KC1670CR598106 DEO-5723

PAS/MOTOCICLO/NENHUMA

HONDA/CG 150 FAN ESI

002P/149CC

1 2012 2012

VERMELHA

1º IPVA

3º PAGO

SEGURO EGIPO OBRIGATORIO

SEN RESTRICOES DE PORTE OBRIGATORIO

NÃO VALIDO PARA TRANSPERENCIA

DEIRAS

3/5/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, CU FOR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAQ - SEGURO DPVAT

PI Nº 013226602933 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 3/5/2018

26075030867 DEO-5723

HONDA/CG 150 FAN ESI

9C2KC1670CR598106

PRÊMIO TARIFÁRIO

31,28 9,03 90,31

4,15 0,70 185,50

25/04/2018

SEGURO EGIPO OBRIGATORIO

SEN RESTRICOES DE PORTE OBRIGATORIO

NÃO VALIDO PARA TRANSPERENCIA

DEIRAS

3/5/2018

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
10 JAN 2019
DPVAT

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: **3190025158**

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **LOC SOIZAO - RURAL - Oeiras - PI - CEP 64500-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **2491003**

Data e local do acidente: [**28/07/2018**] **OEIRAS - PIAUÍ**

Data e local do exame: [**21/01/2019**] **Picos** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura de cotovelo esquerdo Fratura luxação de tornozelo direito

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

Paciente apresenta déficits de movimentos em tornozelo direito e cotovelo esquerdo.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Submetida a tratamento cirúrgico da fratura luxação de tornozelo direito. Tratamento conservador em cotovelo esquerdo. Não realizou fisioterapia.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Déficits de flexão dorsal (realiza 0-15), flexão plantar (realiza 0-20), abdução (realiza 0-15) e adução (realiza 0-15) de tornozelo direito. Dor à mobilização e déficit de força grau 3. Edema (2+/3+). Déficit de flexão (realiza 0-110) de cotovelo esquerdo, com dor à mobilização. Articulação permanece em flexão de cerca de 20 graus durante o repouso. Atrofia (+/3+). Déficit de força grau 2.

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 sequela permanente" (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):

Cotovelo esquerdo

% do dano: (**X**) 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.

Raio X: Fraturas completas desalinhadas nos ossos da perna.



Luanna Moura Moreira - CRM: 4718 - PI

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190025158 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA **Data do acidente:** 28/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de cotovelo esquerdo
 Fratura luxação de tornozelo direito

Descrição do exame físico: Déficits de flexão dorsal (realiza 0-15 graus), flexão plantar (realiza 0-20 graus), abdução (realiza 0-15 graus) e adução (realiza 0-15 graus) de tornozelo direito. Dor à mobilização e déficit de força grau 3. Edema (2+/3+). Déficit de flexão (realiza 0-110 graus) de cotovelo esquerdo, com dor à mobilização. Articulação permanece em flexão de cerca de 20 graus durante o repouso. Atrofia (+/3+). Déficit de força grau 2.

Resultados terapêuticos: Submetida a tratamento cirúrgico da fratura luxação de tornozelo direito. Tratamento conservador em cotovelo esquerdo. Não realizou fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito em grau médio, Limitação funcional do cotovelo esquerdo em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/01/2019

Conduta mantida:

Observações: Raio X: Fraturas completas desalinhadas nos ossos da perna.
 Indenização em grau médio do tornozelo D devido a limitação da mobilidade articular.
 Indenização em grau leve do cotovelo E devido a limitação da flexo-extensão articular.
 Quadros estabelecidos.
 Procedida avaliação médica na cidade de Picos.

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 dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190025158 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA **Data do acidente:** 28/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de cotovelo esquerdo
 Fratura luxação de tornozelo direito

Descrição do exame físico: Déficits de flexão dorsal (realiza 0-15 graus), flexão plantar (realiza 0-20 graus), abdução (realiza 0-15 graus) e adução (realiza 0-15 graus) de tornozelo direito. Dor à mobilização e déficit de força grau 3. Edema (2+/3+). Déficit de flexão (realiza 0-110 graus) de cotovelo esquerdo, com dor à mobilização. Articulação permanece em flexão de cerca de 20 graus durante o repouso. Atrofia (+/3+). Déficit de força grau 2.

Resultados terapêuticos: Submetida a tratamento cirúrgico da fratura luxação de tornozelo direito. Tratamento conservador em cotovelo esquerdo. Não realizou fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito em grau médio, Limitação funcional do cotovelo esquerdo em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/01/2019

Conduta mantida:

Observações: Raio X: Fraturas completas desalinhadas nos ossos da perna.
 Indenização em grau médio do tornozelo D devido a limitação da mobilidade articular.
 Indenização em grau leve do cotovelo E devido a limitação da flexo-extensão articular.
 Quadros estabelecidos.
 Procedida avaliação médica na cidade de Picos.

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 dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190025158 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA **Data do acidente:** 28/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO.
FRATURA LUXAÇÃO DE TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

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.

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 dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190025158 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA **Data do acidente:** 28/07/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO.
FRATURA LUXAÇÃO DE TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

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.

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 dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Talita Fonseca Medeiros

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: FRANCISCA LUZILEIDE GONÇALVES DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: DIVORCADA
Identidade: RG - 2.491.003 - SSP - PI
CPF: 941.025.353-72
Profissão: LAVRADORA
Endereço: LOCALIDADE - SOITÃO
CEP: 64500-000 - DEIRÁ - PIAUÍ
Telefone: (89) 9889 3630 - 89-99466-8999

OUTORGADO:

Nome: RANYERE MARTINS SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: RG - 3.164.096 - SSP - PI
CPF: 046.400.283-42
Profissão: ESTUDANTE
Endereço: AV: DOM. EXPERTO LOPEZ - 241 - JUREMENTA
CEP: 64500-000 - DEIRÁ - PIAUÍ
Telefone: (89) 99438-3583

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a

vítima: FRANCISCA LUZILEIDE GONÇALVES DA SILVA

DEIRÁ, 24 DE DEZEMBRO DE 2018
Local e data

Francisca Luzileide Gonçalves da Silva
Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

4º Tabelionato de Notas, Office de Registro Civil e Anexos
Rua Miguel Oliveira, 256 - Centro - Oeiras - PI - (89) 3462-1251 / 9402-9315
e-mail: carolinevangelina@gmail.com

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: FRANCISCA LUZILEIDE GONÇALVES DA SILVA, DOU FE. EM TEST. em DA VERDADE. DEIRÁ-PI, 24/12/2018. Emol.: 3,71 TJ: 0,74 Selado: 26 Total: 4,71. Selo: 71923 (F30P17)

Carolinevangelina
CAROLINEVANGELINA DE SA SIQUEIRA-ESCREVENTE AUTORIZADA

☐ Evangelina de Carvalho Sá e Freitas - Tabelã ☐ Gláucia Maria de Sá e Silva ☒ Evangelina Maria de Sá Siqueira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0010595/19

Vítima: FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA S

CPF: 941.025.383-72

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/07/2018

Titular do CPF: FRANCISCA LUZILEIDE
GONCALVES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

RANYERE MARTINS SILVA : 046.400.283-42

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

FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA : 941.025.383-72

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: 10/01/2019
Nome: RANYERE MARTINS SILVA
CPF: 046.400.283-42

RANYERE MARTINS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/01/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190025158

Vítima: FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA

Data do Acidente: 28/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RANYERE MARTINS SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, 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



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, 15 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190025158 **Vítima: FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA**

Data do Acidente: 28/07/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: RANYERE MARTINS SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

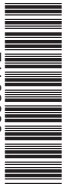
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 00943/00944 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13814905

Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190025158

Vítima: FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA

Data do Acidente: 28/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RANYERE MARTINS SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

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: FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000001383

Conta: 0000026203-8

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,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: **0000595/19** CPF da vítima: **941.025.383-72** Nome completo da vítima: **FRANCISCA LUZILEIDE GONÇALVES DA SILVA**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **FRANCISCA LUZILEIDE GONÇALVES DA SILVA** SPT: **941.025.383-72**
Profissão: **DO LAR** Endereço: **LOCALIDADE - SP12 AO** Número: **64.500.000** Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Cidade: **DETRAP** Estado: **PIAUÍ** CEP: **64.500.000**
E-mail: **---** Tel (DDD): **89-98805-3630**

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

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1383** - CONTA: **26203** 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 do 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 contestação, 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se enquadrarem nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **PIAUÍ - 10.01.19**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RÓGO

Francisca Luzileide Gonçalves da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

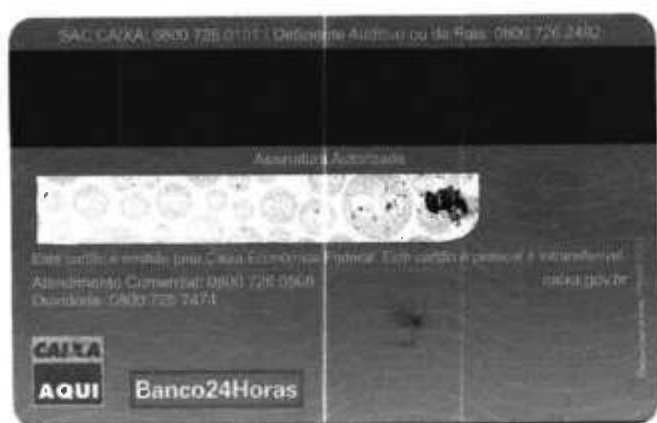
1ª | Nome: _____
CPF: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____

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 RÓGO, 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.**



UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
TOTONHO FREITAS,
OEIRAS NOVA, OEIRAS/PI - 64500-000
CNPJ: 06553564001371
(89) 3462-1213 - ()

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P041104

Registro: 24475

Data: 28/07/2018

Hora: 03:32:00

Funcionario: SILVA

Tipo: CONSULTA

Sexo: FEMININO

Senha 7

SUS

FRANCISCA LUZILEIDE GONÇALVES DA SILVA

CPF: - RG: - CARTÃO DO SUS

Nasc.: 03/08/1973 Idade: 44 ANOS, 11 MESES, 25

Profissão:

Civil: OUTROS CEP: 64500-000

End.: LOCALIDADE SOIZÃO, 0 -

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: OEIRAS/PI

Cor: PARDAS

Telefone: () -

Mãe: ISABEL DOS SANTOS SILVA

Pai: ANTONIO GONÇALVES DA SILVA

Clínica: CLINICA MEDICA Documento: 6989 - JAQUELINE PINHEIRO DE ALENCAR

SUS:

Responsável: FRANCISCA LUZILEIDE GONÇALVES DA SILVA - Temp.: 0°C

Peso: 0Kg

P.A.: 0

Procedimentos

28/07/2018 3:32 0301060118 ACOlhIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

28/07/2018 3:35 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO TIPO QUEDA HA 30 MIN. NEGA SINCOPE NA HORA DO OCORRIDO. REFERE USO DE BEBIDA ALCOOLICA. APRESENTA CORTE EM COTOVELO ESQUERDO, ESCORIAÇÕES ABDOMEN, JOELHO ESQUERDO. REFERE DOR LOCAL. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E DOENÇAS CRÔNICAS. LEVADA A SALA DE CURATIVO SEM VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS.

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

28/07/2018 03:35:52

499528-NATANIELA NOURA
PORTELA-FREITAS

DADOS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO TIPO QUEDA HA 30 MIN. NEGA SINCOPE NA HORA DO OCORRIDO. REFERE USO DE BEBIDA ALCOOLICA. APRESENTA CORTE EM COTOVELO ESQUERDO, ESCORIAÇÕES ABDOMEN, JOELHO ESQUERDO. REFERE DOR LOCAL. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E DOENÇAS CRÔNICAS. LEVADA A SALA DE CURATIVO SEM VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS.

DIAGNÓSTICO

TRAUMA

CID

9999

EXAMES COMPLEMENTARES

RADIOGRAFIA DE TORNOZELO DIREITO, PÉ DIREITO E COTOVELO ESQUERDO

PRESCRIÇÃO MEDICA

1. VOLTAREM 01 AMP IM

1

OK

Jaques Maria de Sousa Santos
Téc. de Enfermagem
CORRUP: 1.103.697

04:00

CONDUTA MEDICA

ENCAMINHADO PARA EXAMES

Data: 28/07/2018 Hora: 03:43:29

2. Sutura + curativo

3. SFO, 5% 500 ml + Ampicilo 0,1 EU.

4. ~~Par~~ Tramadol 100mg/ml + 100mg SFO 5% 1 EU. OK 06:30

5. Plavix 0,5 amp + 10 EU. OK 06:30

Jaques Maria de Sousa Santos
Téc. de Enfermagem
CORRUP: 1.103.697

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
10 JAN 2019
DPVAT
Jaques Maria de Sousa Santos
Téc. de Enfermagem
CORRUP: 1.103.697

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: fernanda luzilene de gonalves da silva

ALA: 104 ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: 28/07/28

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
M A N H Ã			
	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		

	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
T A R D E		
	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

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
	0401010023 CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	<p> <i>04:30 Realizado curativo perianal</i> <i>34096 polvilho em volta do glândula</i> <i>Secagem de torn 2 fio no torn 03 gase</i> <i>Atenção, Engarrafada go.</i> </p> <p> <i>Janna Paula Camilo F. Silva</i> <i>Téc. em Enfermagem</i> <i>COSEN - PLANO</i> </p> <p> PJ COORDENADORA DE SEGUROS 10 JAN 2019 DPVAT </p>
	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	

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: 25/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01383

CONTA: 000000026203-8

Nr. da Autenticação B5E46FA80777A6E4

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.000-180 (Ins. Estadual: 19.302.310-5)
Nota Fiscal (Código de Energia Elétrica) - S/A 0 B-1
Regime especial de Imposto sobre Serviços (SIS/06/93)

Nº da Nota Fiscal

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 29 de abril de 2002.

DEZEMBRO/2018	12/12/2018	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
		129	70,42

FRANCISCA LUZILEIDE GONCALVES DA SILVA

LC SOIZAO 0 B-RURAL

CPF: 00094107538372

CEP: 64.500-000 - Oeiras

DADOS DA LEITURA	FECHES	DATAS DA LEITURA
Atual:	8666	Atual: 06/11/2018
Anterior:	1.000	Anterior: 03/01/2019
Constante de Multiplicação:	129	Próxima Leitura: 04/12/2018
Consumo Medido:	129	Emissão: 05/12/2018
Consumo Sacurado:	NORMAL	Apresentação: 29

RESID. BAIXA RENDA	HONORARIO	A Bônus	Reduz	Valor do Imp.	Valor do Imp.
HISTÓRICO LEM					
NOV/18	131				
OUT/18	131				
SET/18	136				
AGO/18	117				
JUL/18	114				
JUN/18	129				
MAI/18	134				
ABR/18	131				
MAR/18	121				
FEV/18	134				
DIFERENÇA DE TARIFA					
SUBVENÇÃO BAIXA RENDA					
CORREÇÃO MONETÁRIA IG 11/18-00					
MULTA POR ATRASO 11/18-00					
JUROS POR ATRASO 11/18-00					
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA					

TARIFA SEM TRÉC. DUE:
0 R 30 - 0.196046
31 R 180 - 0.231195
101 R 129 - 0.503590

ME RESOLUÇÃO ANEEL 2.490/2018.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 04/12/2018, não constatarão faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 0138.88F9.3C25.05B3.195D.7CA6.5891.1E67

COMPOSIÇÃO DA CONTA (R\$)	IMPOSTOS/TRIBUTOS (R\$)
Distribuição: 40,05	Base de Cálculo: 22,00%
Energia: 6,30	Alíquota ICMS: 23,29
Transmissão: 6,38	Valor do ICMS: 1,56
Encargos: 32,09	Valor do PIS: 7,24
Tributos:	

INDICADORES DE CONTINUIDADE
6,03 12,06 24,12 3,61 7,23 14,45 3,54

**DPJ CORRETORA
DE SEGUROS**

10 JAN 2019

DPVAT

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro Sul - Teresina - PI
CEP: 64004-640 - Fone: (86) 301-3011
Site: www.energia.com.br
Regime Especial de Imposto sobre Energia Elétrica - Lei nº 10.410/03 de 04/07/2003

Nº da Nota Fiscal: 012373363

A Nota Fiscal de Energia Elétrica - FNE é emitida
pela Lei nº 10.410 de 26 de abril de 2003

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OCTUBRO/2018	24/10/2018	149	134,17

RANYERE MARTINS SILVA
AV. DOM EXPEDITO LOPES 241 DEIRAS NOVA
CPF: 00004640028342
CEP: 64.500-000 - DEIRAS

ROT: 61.770.11.33.110800

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual	11870	Atual	16/10/2018
Anterior	11721	Anterior	14/09/2018
Constante de Multiplicação	1,000	Próxima Leitura	16/11/2018
Consumo Medido	149	Em uso	15/10/2018
Consumo Faturado	149	Aplicação	16/10/2018

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Zel.	Hidra T3
0101	01	01	01	01	01

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
SET/18 140	CONSUMO 149 A R\$ 0,834032 = 124,27
AGO/18 151	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSTP) 9,90
JUL/18 125	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 7,44
JUN/18 138	
MAI/18 140	
ABR/18 128	
MAR/18 122	
FEV/18 120	
JAN/18 127	
DEZ/17 97	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 149 - 0,86220

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 31/10/2018, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existirem conta(s) vencida(s) e já reavizada(s) no valor de R\$ 137,25 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

RESERVADO AO FISCO 1661.DEB5.6f81.7D30.C680.01EF.56ED.7F1A

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 25,70	Base de Cálculo: 124,27
Energia: 48,86	Alíquota ICMS: 22,00%
Transmissão: 7,68	Valor de ICMS: 27,33
Encargos: 7,78	Valor de PIS: 1,23
Tributação: 34,25	Valor de COFINS: 5,69

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC	DIC	DIC	DIC	DIC	DIC	DIC	DIC
Limite	6,03	12,06	24,12	3,61	7,23	14,45	3,54	
Realizado	2,52			1,08			2,52	

Composto: DEIRAS 08/2018 FUSO 44,04

ROT: 61.770.11.33.110800

Eletrobras
Distribuição Paulista

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro Sul - Teresina - PI
CEP: 64004-640 - Fone: (86) 301-3011
Site: www.energia.com.br

SEU CÓDIGO 1185343-3

MÊS FATURADO 10/2018

TOTAL A PAGAR - R\$ 134,17

VENCIMENTO 24/10/2018

Nº da Nota Fiscal: 012373363 FCAM

83650000001 0 34170017000 2 00000001185 8 34331018008 2

SEQ.: 00175 UC: 1185343-3 OT. LEIT.: 16/10/2018 Y. ENTR.: 04

LEITURA: 11870 NORMAL TOTAL: 134,17 CARGA: 002

OT. VENC.: 24/10/2018 IREQ.: 000 COLETOR: 2761

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
10 JAN 2019
DPVAT