

Controle de docum x Audiências x Upload x Sistema SAJ - Co x Consulta processo: x 0808324-38.2020.8 x Download file | iLo: x + -

tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=493466&ica=d04f55792814b426b3870f25317dc5... Pausada

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

Pje ProceComCiv 0808324-38.2020.8.18.0140 RAIMUNDO NONATO DA COSTA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SE...

9727025 - CONTESTAÇÃO (2717805 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 15/05/2020 21:06:54

15 May 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 9727019 - CONTESTAÇÃO
 - 9727025 - CONTESTAÇÃO (2717805 CONTESTACAO 01)
 - 9727027 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2717805 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 9727028 - Procuração (procuracao atos subs 2016 (2))
 - 9727029 - Documentos (CARTA DE PREPOSTO)
 - 9727030 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBS)

21:06

2717805- CJ/ 2020-01753/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

Processo: 08083243820208180140

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro

protocolo.pdf protocolo.pdf protocolo.pdf protocolo.pdf protocolo.pdf

ativar o Windows. Exibir todos

21:07 15/05/2020



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

Processo: 08083243820208180140

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 **RAIMUNDO NONATO DA COSTA**, 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 **11/05/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **08/07/2019**.

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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta 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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta 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.

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 irretratável 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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta 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 **11/05/2019**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**.

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.

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\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

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 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.”

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 a 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 Súmula 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.

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;

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.

- 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,

TERESINA, 30 de abril 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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	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 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 n.º 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 n.º 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 **RAIMUNDO NONATO DA COSTA**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **TERESINA**, nos autos do Processo nº 08083243820208180140.

Rio de Janeiro, 30 de abril 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

000000-0

020000457

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 7.490/86 de 26 de abril de 2012.

collected from

TOTAL AVERAGE 2020

15-07-2019

351

358.33

L. ETA MARTA DA C. CROMA
R. COLOMBIA 3478, TRES ANDRES

ROT: 5,000,000,000,000,000

Atual:	55331	Atual:	06/07/2019
Anterior:	34000	Anterior:	05-06-2019
Contribuinte da Multiplicação:	1,000	Pré-fixos Leitura:	05-06-2019
Consumo Médio:	351	Entrega:	05-07-2019
Consumo Totalado:	351	Aprovação:	06-07-2019
Forma de Pagamento:	FCAN		

Chemical class	Lipids	Monosaccharides	Proteins	Cellular Pts.	Media 13
...	...	...	...	...	...

REF ID: A66000

MILITARE		CIVIL	
DATA	VALOR	DATA	VALOR
10/10/19	325	10/10/19	325
11/10/19	275	11/10/19	275
12/10/19	285	12/10/19	285
13/10/19	257	13/10/19	257
14/10/19	262	14/10/19	262
15/10/19	287	15/10/19	287
16/10/19	292	16/10/19	292
17/10/19	308	17/10/19	308
18/10/19	348	18/10/19	348
19/10/19	382	19/10/19	382
20/10/19	397	20/10/19	397
21/10/19	407	21/10/19	407
22/10/19	417	22/10/19	417
23/10/19	427	23/10/19	427
24/10/19	437	24/10/19	437
25/10/19	447	25/10/19	447
26/10/19	457	26/10/19	457
27/10/19	467	27/10/19	467
28/10/19	477	28/10/19	477
29/10/19	487	29/10/19	487
30/10/19	497	30/10/19	497
31/10/19	507	31/10/19	507
1/11/19	517	1/11/19	517
2/11/19	527	2/11/19	527
3/11/19	537	3/11/19	537
4/11/19	547	4/11/19	547
5/11/19	557	5/11/19	557
6/11/19	567	6/11/19	567
7/11/19	577	7/11/19	577
8/11/19	587	8/11/19	587
9/11/19	597	9/11/19	597
10/11/19	607	10/11/19	607
11/11/19	617	11/11/19	617
12/11/19	627	12/11/19	627
13/11/19	637	13/11/19	637
14/11/19	647	14/11/19	647
15/11/19	657	15/11/19	657
16/11/19	667	16/11/19	667
17/11/19	677	17/11/19	677
18/11/19	687	18/11/19	687
19/11/19	697	19/11/19	697
20/11/19	707	20/11/19	707
21/11/19	717	21/11/19	717
22/11/19	727	22/11/19	727
23/11/19	737	23/11/19	737
24/11/19	747	24/11/19	747
25/11/19	757	25/11/19	757
26/11/19	767	26/11/19	767
27/11/19	777	27/11/19	777
28/11/19	787	28/11/19	787
29/11/19	797	29/11/19	797
30/11/19	807	30/11/19	807
1/12/19	817	1/12/19	817
2/12/19	827	2/12/19	827
3/12/19	837	3/12/19	837
4/12/19	847	4/12/19	847
5/12/19	857	5/12/19	857
6/12/19	867	6/12/19	867
7/12/19	877	7/12/19	877
8/12/19	887	8/12/19	887
9/12/19	897	9/12/19	897
10/12/19	907	10/12/19	907
11/12/19	917	11/12/19	917
12/12/19	927	12/12/19	927
13/12/19	937	13/12/19	937
14/12/19	947	14/12/19	947
15/12/19	957	15/12/19	957
16/12/19	967	16/12/19	967
17/12/19	977	17/12/19	977
18/12/19	987	18/12/19	987
19/12/19	997	19/12/19	997
20/12/19	1007	20/12/19	1007
21/12/19	1017	21/12/19	1017
22/12/19	1027	22/12/19	1027
23/12/19	1037	23/12/19	1037
24/12/19	1047	24/12/19	1047
25/1			

REVENUE OF PLAYS IN EVANGELISMO / MENSAGEM

Mes/Ano 01/2010 Valor R\$ 339,40
 Obediente considero correta a cobrança de fornecimento de energia elétrica e água de 20-01-2010. É um consumo superior ao normal e inferior ao custo de mercado no Brasil. Não sendo possível a cobrança para o consumidor não usou.

LIGUE 0800 086 0800 E PAGA O CBOA VENCIMENTO 1 5 20 15 20 25

~~CONFIDENTIAL~~

SECRET

Investimentos	90,30	Fluxo de Caixa	323,10	235,91
Empreiteira	122,81	Aliquota ICMS	27,00%	
Warrant de venda	28,77	Valor do ICMS		67,25
Energia	19,16	Valor do PIS	1,40%	3,82
Tratamento	185,86	Valor do COFINS	6,40%	15,29

Date	1971		1972		1973		Total
	Jan	Feb	Jan	Feb	Jan	Feb	
1971	5.00	10.15	10.15	5.00	0.05	10.70	2.00
1972	0.00		0.00				0.00

COPY TERRY

ROT: 5.001.30.05.145000

**Specialized
Equipment for
Circus**

cevisa

CONGRASSA SPIRITUAL DO PAÍS
 84, Rua da Liberdade, 7123 - Centro - São Paulo - SP

say cōleq**TOTAL A PAGAR - R\$**

0019712-2

358.33

ACEES SATURADO

VENCIMENTO

07/2019

15-07-2019

[illegible]

836900K0003 2.58330017000 3 00000000019 @ 71220710000 3

[REDACTED]

53331 00038 DT. EMISSÃO: 06/07/2019 T. ENTR.: 01
LEITURA: 53331 NORMAL TOTAL: 350,93 CARGA: 004
DT. VENC.: 15-07-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 0001

Recebido em:
17 SET 2019
MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:
<http://www2.susep.gov.br/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 faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Luis Carlos Cunha Lima

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 031310 043 60 / _____ na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

RAIMUNDO NOVARO DA COSTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 566 280 723 04

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ PERMANENTE da Vítima RAIMUNDO NOVARO DA COSTA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 566 280 723 04 / _____, 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:		Número:	Complemento:
<u>RUA COLUMBIA</u>		<u>344</u>	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
<u>TROS ANDARES</u>	<u>TERESINA</u>	<u>PI</u>	<u>64016500</u>
E-mail:		Tel.(DDD):	
<u>SSO GERENCIAR@HOTMAIL.COM</u>		<u>86-999054014</u>	

Local e Data: TERESINA 17/09/2019

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

Recebido em:

17 SET 2019

MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

Recebido em:

17 SET 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

NOME DO PACIENTE: Raimundo Novais da Costa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 510801

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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: RAIMUNDO NONATO DA COSTA		Prontuário: 510801
Mãe: NEUZA ALVES DA COSTA	Pai:	
End. Resid.: RUA CARROSEL QD 04 CA 13 - SANTA MA. CODIPI - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 03/06/1973	Idade: 45a11m8d	Sexo: Masculino Fone: 86- 99977 8395
Responsável: O MESMO	CNS: 898050068459841	
Profissão: VIGILANTE	Documento: RG: 1510045 - SSPPI	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E. Civil: Desq./Divorciado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 721139	Entrada: 11/05/2019 09:45:20	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação: Recebido em: 17 SET 2019	Cor: Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

SSVV:	(Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bmp	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ CERCA DE 1H, APRESENTA DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO ESQUERDO.

RAIO-X REALIZADO

DATA **11/05/2019**

Técnico: **[Assinatura]**

Diagnóstico Inicial:

?

CID:

Exames Complementares:

RX PUNHO ESQUERDO

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA
CRM PI - 4809 Em: 11/05/2019 09:51:06

Dr. Felipe Alberto O. Soares Monteiro
Médico
CRM-PI 7562



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

238817

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

204432

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

238817

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RAIMUNDO NONATO DA COSTA

6 - Prontuário: 510801

7-CNS: 898050068459841

8-Nascimento: 03/06/1973

9-Sexo: Masculino

RG: 1510045 - SSPPI

11-Mãe: NEUZA ALVES DA COSTA

12-Fone: 86- -

13-Resp: O MESMO

14-Cor: Parda

15-Ender: RUA CARROSEL QD 04 CA 13 - SANTA MA. CODIPI - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ CERCA DE 1H, APRESENTA DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO E. AO RX, FRATURA FECHADA DE EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Recebido em:

17 SET 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

21 - Condições que justificam a internação:

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):
EXAME FÍSICO E EXAMES DE IMAGEM

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal do rádio

24-CID Prim:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

S525

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0408020407

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

Tempo SUS
2

29-Clinica:

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

02

01

CPF

644.351.213-87

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA

11/05/2019

35-Ass. Carimbo Med.Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

37- () Acidente Trabalho Típico

40-No.Bilhete:

41-Série:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (EDUARDO)

Consulta Local: 721139

Consulta SUS:

Impressão: 11/05/2019 10:28:09



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUP

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE

Carminha Nogueira da Costa

PRONTUÁRIO

DATA/HORA
CÓDIGO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

#1x 1x 1x 1x 1x 1x

10/05/19

CLÍNICA
Ortopédica

ENF. OU AP. LEITO

MÉDICO ASSISTENTE

HORÁRIOS

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

1 Dieta livre

2 SF 0,9% 500 ml EV 12/12 h

3 Dipirona 1G - 2CC + AD EV 6/6h

4 Tilatil 20 mg + AD EV 12/12 HS

5 Ranitidina 50 mg + AD EV 8/8h

6 Plasil 01 amp + AD EV 8/8h SN

7 CCGG + SSV

8

9

Dr. Felipe Almeida
Médico
CRM 17562

Carminha Nogueira da Costa

Dr. Felipe Almeida
Ortopedista e Traumatologista
CRM 17562



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente Raimundo Norato da Costa

Diagnóstico pré-operatório ft ponto (E)

Operação - Tipo 12-AP1 ft ponto (E)

Cirurgião Dr. Hugo / an

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Dra. Apolena Rocha

Anestesia

Anestésico(a)

Anestesiologista
CRM 57239

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

0.0.0.0

Relatório Imediato do Patologista

φ

Acidente Durante a Operação

φ

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1. DDIH pela anestesia
2. Preparo Higiênico
3. Acesso ao PUNTO (E) VENTRAL
4. Redução Absoluta
5. Fixação com placa + parafusos
6. Suturas
7. Curativo

Dr. Hugo José Sales
Ortopedia e Traumatologia
Coluna Vertebral
A 3638 TEOT 12572

responsável pelo Preenchimento



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

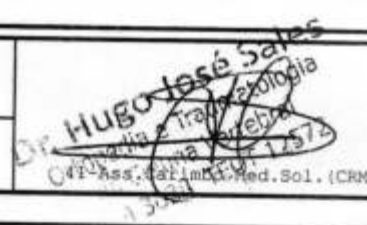
1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 238817
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RAIMUNDO NONATO DA COSTA	6 - Prontuário: 510801		
7-CNS: 898050068459841	8-Nascimento: 03/06/1973	9-Sexo: Masculino	CPF: . . .
11-Mãe: NEUZA ALVES DA COSTA	12-Fone: 86-		
13-Resp: O MESMO	14-Fone: 86-		
15-Ender: RUA CARROSEL QD 04 CA 13 - SANTA MA. CODIPI - CEP: 64000-010			
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

30 - Procedimento Principal / Descrição: 0408020407 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA EM T 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	Quant. Soli- cidada: 1
Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA		

38-Profissional Responsável: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA	40-Tp. Documento: CPF	 Dr. Hugo José Sales Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)
39-Data Solicitação: 12/05/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 644.351.213-87	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente com fr. 1/3 distal do radio (E)

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: / /	52-CNS/CPF:
		53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)



(RONALDO ROCHA)



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 238817
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: RAIMUNDO NONATO DA COSTA	6 - Prontuário: 510801		
7-CNS: 898050068459841	8-Nascimento: 03/06/1973	9-Sexo: Masculino	RG: 1510045 - SSPPI
11-Mãe: NEUZA ALVES DA COSTA	12-Fone: 86-		
13-Resp: O MESMO	14-Cor: Parda		
15-Ender: RUA CARROSEL QD 04 CA 13 - SANTA MA. CODIPI - CEP: 64000-010			
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ CERCA DE 1H, APRESENTA DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO E. AO RX, FRATURA FECHADA DE EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO			
21 - Condições que justificam a internação: NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO			
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): EXAME FÍSICO E EXAMES DE IMAGEM			
23-Diagnóstico Inicial: Fratura da extremidade distal do rádio	24-CID Prim: S525	25-CID Sec.: 	26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408020407	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEROBRACIO	Tempo SUS 2	
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: CPF 644.351.213-87
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA	34-Data Solicitação: 11/05/2019	35-Ass. do Boletim Med.Sol. (CRM)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
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:
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:
50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	Usuário: (EDUARDO) Consulta Local: 721139



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: Raimundo Renato de Leste Sala: _____ Alergia: 0 Data: 12/05/19
Procedimento: Osteomítila pé direito Cirurgião: Hugo Observações: _____

Agentes		Unidade	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1	<u>O₂</u>													
2	<u>Midazolam</u>	<u>5mg</u>												
3	<u>Cefazolina</u>	<u>20%</u>												
4	<u>Propofol</u>	<u>100%</u>												
5	<u>Fentanil</u>	<u>100%</u>												
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
Oxigênio <u>6L/h</u>														
AR/N ₂ O														
Volatil		%												

Acesso Vascular

- ☒ Periférico MYD
Cat. Venoso n° 20G
☐ Dificuldade aces. venoso
Gastos cateteres _____
☐ Central _____

Via Aérea

- ☒ Cateter nasal
☐ IOT n° _____
☐ LMA n° _____

Monitorização:

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

Anestesia:

- ☐ Geral Venosa
☐ Geral Balanceada
☐ Raquianestesia
☐ Peridural
☒ Bloqueio Periférico
☐ Outros _____

Decúbito: Prone

SPO ₂ (%)	98	98	98	98	98	
ETCO ₂ (mmHg)						
Aces. Venoso						
Aces. Venoso						
Diurese						
Perdas Sanguíneas						

Descrição da Anestesia:

1. MONITORIZAÇÃO
+ RESERVA DE VENTILADOR
MYD 20%
2. BLOQ. PLEXO AXILAR
GUARDO R/S SIMULADO

1. COM INTEGRAÇÃO DE
LIDOCANA 1% 20ml
+ ROPIVACAÍNA 0,5% 20ml
2. CEFAZOLINA 2g
CEFAMANDOL 10ml

3. MIDAZOLAM 5,0. @
PROPOFOL 200 @

Dra. Apolonia Rocha
Anestesiologista
CRM 52676/PA



CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO

Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040

TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 05.522.917/0016-56

Localidade: Hospital da Primavera

Nome: RAIMUNDO NONATO DA COSTA

Data do exame: 06/06/2019

Id Paciente: PRIM51955

Data do laudo: 28-06-2019

Raio X de Punho Esquerdo

Controle evolutivo pós-cirúrgico de osteossíntese do rádio distal com placa e parafusos metálicos de fixação.

Osteopenia.

Fratura prévia do processo estilóide da ulna.

Dra. Lara Medeiros
Médica Radiologista
CRM-PI: 3373

Recebido em:

17 SET 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

LAUDO PARA BPA INDIVIDUALIZADO

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - PI

05.522.917/0036-08
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE UNEL/APALDO
Rua Magalhães Filho, nº 15 - Jd. Novo
CEP: 84061-550
Teresina - PI

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - DO ENFERMEIRO

4 - NOME DO PACIENTE

5 - DATA DE NASCIMENTO

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - CPF DO PACIENTE

8 - NOME DA MÃE

9 - TELEFONE DE CONTATO

10 - NOME DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

13 - SEXO
Masc. ☐ Femi. ☐

14 - RACIA DO

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO (PRINCIPAL)

19 - CÓDIGO PROCEDIMENTO

20 - NOME DO PROCEDIMENTO

21 - EFICÁCIA

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

22 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - OBSERVAÇÕES

Pris. e fraturas de náris distal com encurtamento
do eixo por fr. do osso

SOLICITAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

28 - DATA DA SOLICITAÇÃO

29 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO

30 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

31 - Nº DOCUMENTO (CNS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Raymundo Costa Marques
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 2256

CPF: 463.297.653-91

AUTORIZAÇÃO

32 - CBO

33 - UF DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

34 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

35 - COD. ORGÃO EMISSOR

36 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

37 - ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DO SERVIÇO



CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO
Rua Magalhães Filho, 152 – Centro Sul – Fone 86 3221-3040
TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ:05.522.917/0016-56

Unidade: CIS Lineu Araújo
Nome: RAIMUNDO NONATO DA COSTA
Data do exame: 02/09/2019

Id Paciente: LA423010
Data do laudo: 06-09-2019

Raio X de Punho Esquerdo

Controle.

Fixação Ortopédica com placa e parafusos metálicos no rádio distal.

Avulsão no processo estilóide da ulna.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.
Redução difusa da densidade óssea.

*Correlacionar com dados clínicos.

Recebido em:

17 SET 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

Dra. Nayra Virgínia
Médica Radiologista
CRM-PI: 3326

RAIMUNDO, NONATO DA COSTA
046Y M LA423010
Nasc: 03/06/1973
PUNHO, FRN
UP EXM
Im: 1 / 2
1976 X 1576

FUNDACAO HOSPITALAR

DE TERESINA
02/09/2019
15:03:01

RAIMUNDO, NONATO DA COSTA
046Y M LA423010
Nasc: 03/06/1973
PUNHO, LAT
UP EXM
Im: 2 / 2
1976 X 1576

FUNDACAO HOSPITALAR DE TERESINA
02/09/2019
15:03:01



E



E

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

ASSINATURA DO TITULAR

RAIMUNDO NONATO DA COSTA

CARTeira DE IDENTIDADE




Recebido em:

17 SET 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1510045

DATA DE EXPEDIÇÃO 04/07/2019

NOME RAIMUNDO NONATO DA COSTA

PAI NEUZA ALVES DA COSTA

MAT. TERESINA - PI

DATA DE NASCIMENTO 03/06/1973

CERT. CASAMENTO 23015 L 62 F 4

EXP. TERESINA - PI 26/09/2007

566.280.723-04

Francisco das Chagas Pinheiro Moura

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.350/83

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL

SECRETARIA DE SEGURANÇA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE

011310073-60



Para Paulo Roberto

ASSISTENTE DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

19/01/2019

026974362003-2

DATA DE EMISSÃO

LUIS CARLOS CUNHA LIMA

PAPEL
LOIZ LEITE LIMA E MARIA ODETE DE
OLIVEIRA CUNHA

RETRATADO

SAO LUIS - MA

DOC. CIVIL

NASC. N. 89619 FLS. 172 LIV. 80

DATA DE RENOVAMENTO
31/07/1985

011310073-60

SAO LUIS - MA

ASSISTENTE DO TITULAR

LEI Nº 7116 DE 2008

VIA-02

Recebido em:

17 SET 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS



COMPROVANTE DE COMUNICAÇÃO ELETRÔNICA DE VENDA DE VEÍCULOS

DUT ELETRONICO

PROTOCOLO Nº 260077

RECONHECIDO POR: 3º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO DE TERESINA

INFORMAÇÕES DO REGISTRO

CHAVE DE VALIDAÇÃO:	C388C2BEF1
PLACA:	LVW0285
CRV:	012974842611
MARCA/MODELO:	HONDA/C100 BIZ
COR:	PRETO
DATA DA VENDA:	01/07/2019
DATA DO REC DE FIRMA DO VENDEDOR:	01/07/2019
DATA DO PROTOCOLO:	04/07/2019
SELO REC FIRMA DO VENDEDOR:	AAE14285-2EXB
SELO REC FIRMA DO COMPRADOR:	AAD30688-B9R1
CODIGO DO PROTOCOLO:	260077

INFORMAÇÕES DO COMPRADOR

COMPRADOR:	RAIMUNDO NONATO DA COSTA
CPF ou CNPJ:	566.280.723-04
ENDEREÇO:	RUA CARROCEL, QUADRA 04, CASA
COMPLEMENTO:	PRO BRASIL
NÚMERO:	0
BAIRRO:	STA MARIA DA CODIPI
UF:	PI
CEP:	64000000
MUNICÍPIO:	TERESINA

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
 Rua Coronel Regadas, 1221 - Centro - CEP: 64000-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3213-3100 - E-mail: escritorio3@cartorio3pi.com.br
Notário: Camilla Gonçalves de Sampaio Assunção

(86) DUT ELETRONICO - COMUNICAÇÃO DE VENDA ELETRÔNICA. LEI 6.920/2016. DOU FÉ. EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 04/07/2019. Selo: AAD57257-KKVU
www.tjpi.jus.br/portalextra

Camilla Assunção
 CAMILLA ARAUJO ASSUNÇÃO-ESCREVENTE AUTORIZADA
 Emol: 34,09 TJ: 6,82 FIMOP/PI: 0,85 Selo: 0,26 Total: 42,02 FOP: 162
 DUT

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
**CONSULTE O SELO
 DIGITAL**

CARTÓRIO THEISTOCLES SAMPAIO
 3º Ofício de Notas
 Camilla Araujo Assunção
 Escrevente Autorizada
 Teresina-PI

OBS.: Acesse www.pi.duteletronico.com.br/consulta informe seu cpf/cnpj e a chave de validação para acompanhar o seu processo.

Recebido em:

17 SET 2019

MEDIDA CORRETORA DE
 SEGUROS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190536352 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA COSTA **Data do acidente:** 11/05/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P5, 11, 13, 14 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190536352 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA COSTA **Data do acidente:** 11/05/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P5, 11, 13, 14 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190536352 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA COSTA **Data do acidente:** 11/05/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P5, 11, 13, 14 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190536352 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA COSTA **Data do acidente:** 11/05/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P5, 11, 13, 14 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: <u>RASMUNDO NONATO DA COSTA.</u>			
NACIONALIDADE: <u>BRASILEIRO.</u>		ESTADO CIVIL: <u>DIVORCIADO.</u>	
RG: <u>1510045</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSPP1</u>	DATA DE EXPEDIÇÃO: <u>04/07/2019.</u>	CPF: <u>56628072304</u>
PROFISSÃO: <u>Recuso</u>	ENDEREÇO: <u>QUADRA 04</u>		
Nº: <u>13</u>	BAIRRO: <u>PARQUE BRASIL</u>	CIDADE: <u>TERESINA</u>	
ESTADO: <u>PIAUÍ</u>		CEP: <u>64012-285</u>	

OUTORGADO: <u>LUIS CARLOS CUNHA LIMA</u>			
NACIONALIDADE: <u>BRASILEIRO</u>		ESTADO CIVIL: <u>DIVORCIADO</u>	
RG: <u>0269743620032</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSPMA</u>	DATA DE EXPEDIÇÃO: <u>19/01/2019</u>	CPF: <u>011.310.073-60</u>
PROFISSÃO: <u>TEC. SEG. DO TRABALHO</u>	ENDEREÇO: <u>RUA COLOMBIA</u>		
Nº: <u>3474</u>	BAIRRO: <u>TRÊS ANDARES</u>	CIDADE: <u>TERESINA</u>	
ESTADO: <u>PIAUI</u>		CEP: <u>64016-570</u>	

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATORIO - DPVAT, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ENVIAR E/OU REQUERER QUAISQUER DOCUMENTOS NECESSÁRIOS JUNTO AS SEGURADORAS CONSORCIADAS, INCLUINDO RECEBER INFORMAÇÕES SOBRE PERÍCIA MÉDICA, SOLICITAR REAGENDAMENTOS, PODENDO SUBSTABELECER E PRATICAR, ENFIM, TODOS OS ATOS DE DIREITO PERMITIDO PARA O FIEL E PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDADOS, A FIM DE REQUERER A INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

VITIMA: RASMUNDO NONATO DA COSTA
 CPF: 566280723-04 DATA DO ACIDENTE 11/05/2019
 COBERTURA SOLICITADA: ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS ☐ MORTE
 Local/Data: TERESINA 09/09/2019.

Recebido em:

17 SET 2019

MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS

Rasmundo Nonato da Costa
 ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)

COSTA, DOU, FÉ, EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 09/09/2019. www.tjpi.jus.br/portalestra Jessica Aline de Menezes Silva - ESCRIVENTE AUTORIZADA Encl: 3,85 TJ:0,77 FNNP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:53

ARTORIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
 CONSULTA O SELO DIGITAL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0322032/19

Vítima: RAIMUNDO NONATO DA COSTA

CPF: 566.280.723-04

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 11/05/2019

Titular do CPF: RAIMUNDO NONATO DA COSTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LUIS CARLOS CUNHA LIMA : 011.310.073-60

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

RAIMUNDO NONATO DA COSTA : 566.280.723-04

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: 17/09/2019
Nome: LUIS CARLOS CUNHA LIMA
CPF: 011.310.073-60

LUIS CARLOS CUNHA LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/09/2019
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190536352

Vítima: RAIMUNDO NONATO DA COSTA

Data do Acidente: 11/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUIS CARLOS CUNHA LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO DA COSTA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
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: RAIMUNDO NONATO DA COSTA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 0000029

Conta: 0000015941-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190536352

Vítima: RAIMUNDO NONATO DA COSTA

Data do Acidente: 11/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUIS CARLOS CUNHA LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAIMUNDO NONATO DA COSTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
566.280.723-04 RAIMUNDO NONATO DA COSTA

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

5 - Nome completo: RAIMUNDO NONATO DA COSTA 6 - CPF: 566.280.723-04
7 - Profissão: SERVIÇOS GERAIS 8 - Endereço: RUA CARROCEL 9 - Número: 10 - Complemento: QUADRA - 04
11 - Bairro: PARQUE BRASIL I 12 - Cidade: TERESINA 13 - Estado: PIAUÍ 14 - CEP: 640-122-85
15 - E-mail: NÃO HÁ 16 - Tel.(DDD): (086) 9910-8640

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 00015941 7

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

17/08/2019 HORA: 09:48:12
DATA EFETIVACAO: 19/08
CONVENIO: 000627585
OPERADOR: ciane

AGENCIA: 0029
CONTA: 013 00015941-7
NOME: RAIMUNDO NONATO DA CO

VALOR:

COD. OPERACAO: 018074528

DISQUE CAIXA - 0800 726
0101 OUVIDO
RIA - 0800 725 7474

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO, /
AO DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30
OS

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

Recebido em:

17 SET 2019

MEDIDA CORRÉTORA DE
SEGUROS

Ativo 24/08/2019
Valor 18:10
242028801.7019
Data 08/10/2019
Vº Theodoro de Aguiar



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002546/2019-81

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 08/07/2019 - 08:57

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. CENTENARIO C/ RUA GONÇALVES LEDO, Nº:

Complemento

Data/Hora

11/05/2019 - 08:40

Bairro

AEROPORTO

Ponto de Referência

POINT DA PICANHA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: RAIMUNDO NONATO DA COSTA

RG: 1510045 PI

Mãe: NEUSA ALVES DA COSTA

Endereço: RUA CARROSSEL, QD-04, CS-13, PQ. BRASIL I, Nº

Bairro: PARQUE BRASIL

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

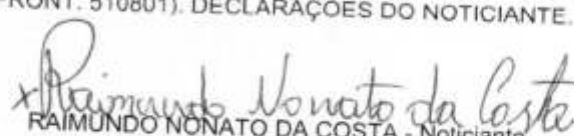
Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/C100 BIZ, PLACA LVW-0285-PI, COR PRETA, RENAVAM 00804855650, PROP. DE MAX COMUNICAÇÃO VISUAL LTDA, E QUE TRAFEGAVA PELA AV. CENTENARIO, QUANDO UM AUTOMÓVEL DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, QUE TRAFEGAVA PELA RUA GONÇALVES LEDO, INVADIU A PREFERENCIAL, PROVOCANDO A COLISÃO. FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 510801). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.


Cláudio Costa De Sousa - Mat.
AGENTE DE POLÍCIA


RAIMUNDO NONATO DA COSTA - Noticiante
Responsável pela Informação

Recebido em:

17 SET 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

Delegado de Polícia

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
566.280.723-04 RAIMUNDO NONATO DA COSTA

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

5 - Nome completo: RAIMUNDO NONATO DA COSTA 6 - CPF: 566.280.723-04
7 - Profissão: SERVIÇO GERAIS 8 - Endereço: RUA CARROCEL 9 - Número: 13 10 - Complemento: QUADRA - D4
11 - Bairro: PARQUE BRASIL I 12 - Cidade: TERESINHA 13 - Estado: PIAUÍ 14 - CEP: 640-122-85
15 - E-mail: NÃO HÁ 16 - Tel.(DDD): (086) 9910-8640

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 00015941 7

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Teresina 11/09/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	17:45	11/10/19	2898	09 05	09 12
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1° hospital	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° Hospital	
	09 24	09 14:3			
	10 Endereço	Av. Centenário e Gonçalves Lido			
Dados do Paciente	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE		
	Demoposto	Ths			
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência	Point da piraúcha			
	14 Nome	Raimundo nonato da costa			
	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado			
Acidente de Transporte	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?			
	45 03/06/1973	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	18 Tipo de ocorrência	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado			
Exame Físico	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	
Hospital de Destino	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão
	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum	Pulso 83 Resp. 17x6 PA 11x6 TAX 94 SatO2 94	
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)	32 Hospital de Destino			
	Aspiração Oxigênio Curativos	Prancha longa/corta Colar cervical Kred	Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	Glicemia 111 mg/dl Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)	HUT
Observações Interdisciplinar	33 Condições de entrada	34 Óbito	35 Recebido em		
	1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	1 - Sim 2 - Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte	17 SET 2019		
Responsável pela recepção		Socorristas Médico AE/TE	Enfermeiro	CONDUTOR	
		5060 MB	Roberto		

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: 27/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO NONATO DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000015941-7

Nr. da Autenticação 71FFD09CE3169749

TC 1.38
281.90027095941

MATRICULA

25654977-0

FATURA Nº

1569013

MÊS / ANO

8/2019

NOME / ENDEREÇO

MORADOR RAIMUNDO NONATO DA COSTA

PAR BRASIL, Q-004-CASA-013-PARQUE BRASIL-TERESINA-PI-cep:64012285

LOCALIZAÇÃO

018-00033-007095

GRUPO

018

NÚMERO DO HIDRÔMETRO

Y19S077852

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS / ANO	TIPO	LIDO	FATURADO
07/2019	Lido	04	10
06/2019	Lido	16	16
05/2019	Lido	00	10
04/2019	Lido	00	10
03/2019	Lido	00	10
02/2019	Lido	00	10

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA

1 Residencial - Normal

DATA LETURA

ANTERIOR 25/07/2019 4

ATUAL 27/08/2019 10

CONSUMO MÊS-03

10

L8 127410019

PIS/PASEP 05,73x1,65% = 1,00

COPIS 05,73x7,60% = 4,35

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (N)
0	18 0,0040 00
10	25 5,7120 20
20	999999 9,8610 00

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (N)

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

DESCRIÇÃO	REF.	VALOR
VALOR REFERENTE AGUA - 30,66		
> Residencial-Normal	10,0 m3	30,66
JUROS DE FINANC. PARCELAMEN	003/036	9,28
JUROS DE PARCELAMENTO	003/036	1,76
MULTA DO PARCELAMENTO	003/036	0,28
PARCELAMENTO	003/036	23,75

VENCIMENTO

08/09/2019

TOTAL A PAGAR

65,73

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MESSAGEM

SEJA AMIGO DO NOSSO LEITURISTA.
SE SEU HIDROMETRO FOR NA PARTE INTERNA DO IMÓVEL,
FACILITE O ACESSO AO MEDIDOR DE ÁGUA.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias de vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços,
conforme Lei Federal nº 11.456/07, Art. 40, inciso I e IV, e 11.073/05, Art. 1º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2561	2538	23	1,35	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2667	2618	49	6,08	Inferior a 15
PH	2879	2842	37	6,78	6,00-9,50
TURBIDEZ	2803	2740	63	1,82	Inferior a 5
COLIFORMES TOTAIS					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCOLHIDA COLI	1027	1025	2	Ausencia	Ausente
	1027	1027	0	Ausencia	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 27/08/2019

HORA DA EMISSÃO: 09:59

TC 1.38

281.90027095941

MATRICULA

25654977-0

FATURA Nº

1569013

MÊS / ANO

8/2019

VENCIMENTO

08/09/2019

VALOR A PAGAR

65,73

82600000000-8 65731535000-6 00201900156-5 90130100504-6



Recebido em:

17 SET 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS