

Controle de x Audiências x Upload x PJ Acesso 1º x PJ Consulta p... x PJ 0807890-40 x Merge PDF x WhatsApp x manifestaç... x

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=490377&ca=f62e8e227ecfea08adb699aacdfb3b44f83c...

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

PJE ProceComCiv 0807890-49.2020.8.18.0140
DANIEL BEZERRA DA COSTA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGU...

13 Jul 2020

10750815 - CONTESTAÇÃO (2733441 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 13/07/2020 10:46:18

downloadBinario.seam 1 / 9

2733441- CS/ 2020-02534/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

prot + pç.pdf pç.pdf prot + pç.pdf pç.pdf Manifestação Pag...pdf Exibir todos x

PT 10:47 13/07/2020



13/07/2020

Número: **0807890-49.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **26/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Abandono**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DANIEL BEZERRA DA COSTA (AUTOR)		ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10750 819	13/07/2020 10:46	processo administrativo	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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



164 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000943/2019-19

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

Data/Hora: 13/03/2019 - 12:13

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA RUI BARBOSA, Nº:

Complemento

Data/Hora

31/12/2018 - 03:30

Bairro

MAFRENSE

Ponto de Referência

BUDEGA BEBIDAS

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: DANIEL BEZERRA DA COSTA

RG: 3477828 PI

Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS BEZERRA DA COSTA

Endereço: RUA ESTEVÃO NONATO DE SOUSA, QD-14, CS-15, Nº

Bairro: MATADOURO

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 150 TITAN KS, PLACA NHU-9309-PI, COR VERMELHA, RENAVAL 00935888462, PROP. DE MAROA ODETE DE OLIVEIRA CUNHA SOUSA, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO CAIU EM UM BURACO NA PISTA. FOI SOCORRIDO PELO PAI E LEVADO PARA O HOSP. DO BUENOS AIRES. DEPOIS FOI LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 498529). TESTEMUNHA: REGILDO NEVES BARROS, QD-17, CS-09, CONJ. SÃO JOAQUIM. DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

Daniel Bezerra da Costa
DANIEL BEZERRA DA COSTA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

"DOCUMENTO ORIGINAL"
MEDIDA CORRETIVA DE SEGURANÇA
Recebido em: 09/04/19



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima: 060492.713.48	Nome completo da vítima: DANIEL BEZERRA DA COSTA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: DANIEL DA COSTA BEZERRA		
Profissão: RECUSO.	Endereço: CONJ. SÃO JOAQUIM. Q14. C15.	CPF: 060.492.713.48
Bairro: SÃO JOAQUIM.	Cidade: TERESINA	Número: 64004215
E-mail:	Estado: PI.	Complemento: 86.994930803.

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0029 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ (Informar o dígito se existir)
CONTA: 91509 (Informar o dígito se existir)	CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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

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.

Inscreva-se digitalmente aqui para assinar eletronicamente

Local e Data: **TERESINA 05/04/2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina À ROGO

Daniel Bezerra da Costa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

060492.713.48

Nome completo da vítima:

DANIEL BEZERRA DA COSTA

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

Nome completo:

DANIEL DA COSTA BEZERRA

CPF:

060.492.713.48

Profissão:

RECUSO.

Endereço:

CONJ. SÃO JOAQUIM. 014.615.

Número:

Complemento:

Bairro:

SÃO JOAQUIM.

Cidade:

TERESINA

Estado:

PI.

CEP:

64004-215

E-mail:

Tel. (DDD):

86.994.930801.

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0029

CONTA:

91509

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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:
Vivos: Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Inscrição
digital da
vítima ou
beneficiário
para autenticação
eletrônica

Local e Data, TERESINA 05/04/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina À ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





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, 08 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190263707

Vítima: DANIEL BEZERRA DA COSTA

Data do Acidente: 31/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANIEL BEZERRA 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,

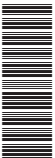
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14162116

Pag. 00279/00280 - carta_01 - INVALIDEZ

00030140





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, 07 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190263707

Vítima: DANIEL BEZERRA DA COSTA

Data do Acidente: 31/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIEL BEZERRA 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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **DANIEL BEZERRA DA COSTA**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **000000029**

Conta: **0000091509-2**

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





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, 08 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190263707

Vítima: DANIEL BEZERRA DA COSTA

Data do Acidente: 31/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DANIEL BEZERRA DA COSTA

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

Declaração do Proprietário do Veículo incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00483/00484 - carta_03 - INVALIDEZ

00060242



Carta nº 14161990



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:	29/04/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.350,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL BEZERRA DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000091509-2

Nr. da Autenticação 5A50539B0BFB3CE3





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

Bolt (OK)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 31/12/2018 06:25:26

(User: DR. GILBERTO)

(Estação: TRAUMA)

Nome:	DANIEL BEZERRA DA COSTA	Prontuário:	498529
Mãe:	FRANCISCA DAS CHAGAS BEZERRA DA COSTA	Pai:	JOSE SOARES DA COSTA
End.Resid.:	Q 14 CASA 15 - MATADOURO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	01/05/1991	Idade:	27a7m30d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-99493-0801
Responsável:	JOSE SOARES DA COSTA	CNS:	160313960420002
Profissão:	AUTONOMO	Documento:	RG: 3477828 - SSP
G. Instrução:	Não informado	E.Civil:	Solteiro(a)
End.Local.:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	700727	Entrada:	31/12/2018 06:07:37	Convênio:	S U S	Proced:	0301060029
Motivo da Procura	(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)						

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
		Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

MÉDICA DE SEGURANÇA
Recebido em: 09/12/18

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 VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 3 HORAS. REFERE INGESTAO DE BEBIDA ALCOOLICA E NEGA USO DE CAPACETE.

- A) VIAS AEREAS PERVEAS, SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RIGIDA.
B) MV + BT, SEM RA.
C)BNF, RR, 2T, SS. TEC<2S, ABDOMEN: SEM SINAIS DE PERITONITE, PELVE ESTAVEL
D) GLASGOW: 15.
E) ESCORIAÇÕES: ESCORIAÇÕES MULTIPLAS PELO CORPO. LESÃO EM SOBRANCELHA D. ENCAMINHADO POR POSSÍVEL FRATUA EM FACE.

Diagnóstico Inicial:
?

Patricia Firme Sales Leão
Médica - RPPS 027499
SABE - RPPS
CONFERE COM O ORIGINAL

HUT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

CID:

Exames Complementares:
(1127486) - T.C. DE FACE
(1127487) - T.C. DE CRANIO

EXAME: CRANIO + FACE
DATA: 31/12/18 06:35h2

Prescrição Médica:
Loran da Moura - OK
Loran da Moura - OK
0404020550
Sor. 6
Laurinda de Sousa Brito Junior
Cirurgia e Traumatologia - RPPS 027450

Motivo da Alta/Encerramento:
Observação (Adulto) DATA: / / HORA: :

Dra. Andreza M. Campelo
Médica
CRM-PN/7148

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
CRM: Em: 31/12/2018 06:25:25



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 10:46:15

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071310460771100000010196303

Número do documento: 20071310460771100000010196303



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Daniel Bezerra de Costa DATA: 02/02/19
DOA INÓSTICO: _____ FRONTOUÁRIO Nº: 498529
ANESTESIA: Sedação CIRURGIA: _____
CIRURGIÃO: Dr. Jurema Nº DA SALA: 08
ANESTESISTA: Res. CPF Nº: _____
ANESTESISTA: Dr. Fernando CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: Joceline CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTUR.	UNID.		
AGULHA 30x8	UNID.	06		ELIVA Nº 615	PAR	03	
AGULHA 40x12	UNID.	06		ELIVA Nº 810	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		ELIVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	100		PVP DE GERMANTE	ML	100	
BOLA	BOLA	06		PVP TÓPICO	ML	100	
CHUVA DE GELADA	ML			PVP FINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	01		SERINGA 20CC	UNID.	02	
ESCARO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPALDRAPCO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GATOS	PAC.	03		SONDA URETRAL	UNID.		
GLICON	UNID.	01					
GLICON	UNID.	01					
LAT. OUT. SIMPLES CAG							
LAT. OUT. SIMPLES SAG.							
LAT. OUT. CILINDRADO CAG.							
LAT. OUT. CILINDRADO SAG.							
ALCOOL							
MONICAPLO							
VAL. UNID. CAG							
VICRYL							
PROLEGE							

Ata de encerramento Vm 01
F. 02/02/19 Vm 01

CONFERE COMO ORIGINAL

ENFERMARIA
CIRCUANTE: Dr. Costa



FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: Daniel Bezerra Costa

Sala: 08

Alergia: Nega

Data: 01.03.19

Procedimento: Fratura da mandíbula

Cirurgião: Dr. Matias

Observações: Nega comorbidades

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Propofol	30mg												
2 Fentanyl	100mcg												
3													
4													
5 Depoixina	20mg												
6 Dexametasona	10mg												
7 Paratidina	50mg												
8 Dilatril	20mg												
9 Ondansetron	4mg												
10													
11													
12													
13													
Oxigênio	2l/m												
AR/N2O													
Volatil	%												

Acesso Vascular

- ☒ Periférico Prévio
Cat. Venoso nº G
☐ Dificuldade acce. venoso
Gastos cateteres
☐ Central _____

Via Aérea

- ☒ Cateter nasal
☒ IOT nº _____
☐ LMA nº _____

Monitorização:

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

Anestesia:

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

Decúbito:

DDH

SPO2 (%)

ETCO2 (mmHg)

Aces. Venoso

Aces. Venoso

Diurese

Perdas Sanguíneas

Descrição da Anestesia:

1. Checagem aparelho e material de anestesia
2. Pré-anestésico + monitorização
3. Verificação prévia
4. Anestesia venosa sob respiração espontânea com aporte de O2 nasal 1/2 intervenções.
5. RPA.

Anestesiologista



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Denil Bezerra de Costa IDADE 30 anos DATA 13 /2018
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 16h30 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Festivo de mandíbula CIRURGIÃO Salute

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	HORÁRIO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>125/98</u>		<u>145/88</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>120</u>		<u>97</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>96%</u>		<u>96%</u>
TEMPERATURA AXILAR (0° C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	<u>Salute</u>		

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR	ADMISSÃO	SAÍDA
Movimenta os quatro membros	2 ☒	2 ☒
Movimenta dois membros	1 ☒	1 ☒
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0 ☐	0 ☐
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2 ☒	2 ☒
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1 ☐	1 ☐
Tem apnéia	0 ☐	0 ☐
PA em 20% do nível pré-anestésico	2 ☒	2 ☒
PA em 20-49% do nível anestésico	1 ☐	1 ☐
PA em 50% do nível pré-anestésico	0 ☐	0 ☐
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2 ☒	2 ☒
Desperta, se solicitado	1 ☐	1 ☐
Não responde	0 ☐	0 ☐
E capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2 ☒	2 ☒
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1 ☐	1 ☐
Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0 ☐	0 ☐
TOTAL		<u>10</u>
ASS.		

ESCALA DE DOR ADMISSÃO

ESCALA DE DOR ALTA

MP Aparecida Coutinho
COREN-PI 204517 - ENF

SONDA VESICAL	() DRENO DE SUÇÃO	() DRENO TORÁCICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASOG () NASOE
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Admissão realizada na sala de pós-operatório de fratura de mandíbula. Sem apóia
de oxigênio geral. Comento Respirando espontaneamente com sonda geral.
em Risco (depressão arterial).

20:25 Alta da SRPA

Patricia Viana Sales Leão
Matrícula: 077495
SAÚDE - FIC
CONFERE COMO ORIGINAL

Medida corretiva de sonda
Resposta em: 09/04/19

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] JORTA [] NEU [] CIR [] IMP

ALTA SRPA Dra. Yanna Nunes
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PI 5035

HORÁRIO Nunes





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE

DANIEL REZERA DA COSTA

DIAGNOSTICO ATUAL E COMORBIDADES

1º DTH. Febre de origem

DATA: 02/01/19 HORA: 12:00

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1) Dieta líquida pastosa

2) SF 0,9% 1000 ml, EV, para 24h

3) Cefalotina 1g+AD, EV de 6/6h

4) Decadron 4mg+AD, EV de 8/8h

5) Dipirona sodica 500mg, 1 amp+ AD, EV de 6/6h

6) Rantidina 50mg 1 amp+AD, EV de 8/8h

7) Tilatil 20 mg + AD EV de 12/12h

8) Higiene oral com clorexidina 0,12% 2x dia

9) SSVV + CCGG

PRONTUÁRIO

498529

D. NASCIMENTO

01.05.91

ALERGIAS

HORÁRIO

CLÍNICA

F-02

ENF. ou APT.

LEITO

MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE

BUCOMAXILO

OBSERVAÇÕES

Och-focente sem queixas clínicas -
até o momento, adinâmico me-
decasões de hancie conforme
pruaculo. Tec. de celular - " -

Ade Luperla.

02/01/19

Dr. Sergio Kleverton S. Maia
Cirurgião Bucomaxiologia

Bucomaxiologia

Dr. José Carlos de O. G. Filho
Cirurgião Bucomaxiologia

Cirurgião Bucomaxiologia

Dr. Marcos Henrique
Cirurgião Bucomaxiologia



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente Daniel Bezerra da Costa

Diagnóstico pré-operatório fratura de mandíbula

Operação - Tipo osteossintese de fratura de mandíbula

Cirurgião MATIAS

1º Assistente Raíssa

2º Assistente Raíssa

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

O Mesmo

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Anti-Spacer de face e colocação de curativo
+ incisão intra-oral + colocação Microperforador
osteossintese com fio cerclado + alívio e colocação
de barra de Enix + suture + curativo.

Jr. Matias Araújo da Silva
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
CRC-BR 776

Raíssa
Patricia Viana Sales Leão
Médica Assistente
SAÚDE HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

Mod. 76 HUT



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 163810	
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO		AIH: 2219100002152	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE DANIEL BEZERRA DA COSTA	01/05/1991	M	498529
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL
1477828			FRANCISCA DAS CHAGAS BEZERRA DA COSTA	JOSE SOARES
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO	NUMERO / LOTE		
	Q14	15		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
MATADOURO	CONJ SAO JOAQUIM	TERESINA	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO APRESENTANDO FRATURA DE MANDÍBULA (SIFISE)	
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO AS ACIMA	

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS) EXAM CLÍNICO - TC

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S026 - FRATURA DE MANDÍBULA	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0404020550 - OSTEOSINTESE DE FRATURA SIMPLES DE MANDÍBULA	
LEITO/CLÍNICA Cirurgia Geral	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) LAURINDO DE SOUSA BRITTO JUNIOR CPF: 06555977353 CRM:
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 31/12/2018
DATA ADMISSÃO 31/12/2018 06:07	DATA ALTA 02/01/2019 07:00
MOTIVO ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)							
TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SERIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO	
JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO	
PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) CARLOS ALVES DE ARAUJO FILHO CPF: 2259037633 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANÁLISE: 31/12/2018 12:30:39

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:
--

Patricia Viana Sales Louro
Matrícula: 027499
SANE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) **23004**

230045

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

163810

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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	230045

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: DANIEL BEZERRA DA COSTA		6 - Prontuário: 498529	
7-CNS: 160313960420002	8-Nascimento: 01/05/1991	9-Sexo: Masculino	RG: 3477828 - SSP
1-Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS BEZERRA DA COSTA	12-Fone: 86-99493-0801		
13-Resp: JOSE SOARES DA COSTA	14-Cor: Sem Informação		
15-Ender: Q 14 CASA 15 - MATADOURO - CEP: 64000-010	17-Cod. IBGE: 221100		
1-Munic: TERESINA	18-UF: PI		19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
20 - Principais sinais e sintomas clínicos:	Paciente vítima de acidente de moto e trauma de soco.	
21 - Condições que justificam a internação:	Fratura.	
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):	T-C e Face.	
23-Diagnóstico Inicial:	Fratura de mandíbula	
24-CID Prim:	25-CID Sec.:	26-CID C.Ass.:
S026		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		

28-Cod.Proced. : 39

29-Data de emissão: 10/05/2017

30-Local de emissão: 10/05/2017

31-Data de validade: 10/05/2017

32-Local de validade: 10/05/2017

33-Data de validade: 10/05/2017

34-Local de validade: 10/05/2017

35-Data de validade: 10/05/2017

36-Local de validade: 10/05/2017

37-Data de validade: 10/05/2017

38-Local de validade: 10/05/2017

39-Data de validade: 10/05/2017

40-Local de validade: 10/05/2017

41-Data de validade: 10/05/2017

42-Local de validade: 10/05/2017

43-Data de validade: 10/05/2017

44-Local de validade: 10/05/2017

45-Data de validade: 10/05/2017

46-Local de validade: 10/05/2017

47-Data de validade: 10/05/2017

48-Local de validade: 10/05/2017

49-Data de validade: 10/05/2017

50-Local de validade: 10/05/2017

51-Data de validade: 10/05/2017

52-Local de validade: 10/05/2017

53-Data de validade: 10/05/2017

54-Local de validade: 10/05/2017

55-Data de validade: 10/05/2017

56-Local de validade: 10/05/2017

57-Data de validade: 10/05/2017

58-Local de validade: 10/05/2017

59-Data de validade: 10/05/2017

60-Local de validade: 10/05/2017

61-Data de validade: 10/05/2017

62-Local de validade: 10/05/2017

63-Data de validade: 10/05/2017

64-Local de validade: 10/05/2017

65-Data de validade: 10/05/2017

66-Local de validade: 10/05/2017

67-Data de validade: 10/05/2017

68-Local de validade: 10/05/2017

69-Data de validade: 10/05/2017

70-Local de validade: 10/05/2017

71-Data de validade: 10/05/2017

72-Local de validade: 10/05/2017

73-Data de validade: 10/05/2017

74-Local de validade: 10/05/2017

75-Data de validade: 10/05/2017

76-Local de validade: 10/05/2017

77-Data de validade: 10/05/2017

78-Local de validade: 10/05/2017

79-Data de validade: 10/05/2017

80-Local de validade: 10/05/2017

81-Data de validade: 10/05/2017

82-Local de validade: 10/05/2017

83-Data de validade: 10/05/2017

84-Local de validade: 10/05/2017

85-Data de validade: 10/05/2017

86-Local de validade: 10/05/2017

87-Data de validade: 10/05/2017

88-Local de validade: 10/05/2017

89-Data de validade: 10/05/2017

90-Local de validade: 10/05/2017

91-Data de validade: 10/05/2017

92-Local de validade: 10/05/2017

93-Data de validade: 10/05/2017

94-Local de validade: 10/05/2017

95-Data de validade: 10/05/2017

96-Local de validade: 10/05/2017

97-Data de validade: 10/05/2017

98-Local de validade: 10/05/2017

99-Data de validade: 10/05/2017

100-Local de validade: 10/05/2017

101-Data de validade: 10/05/2017

102-Local de validade: 10/05/2017

103-Data de validade: 10/05/2017

104-Local de validade: 10/05/2017

105-Data de validade: 10/05/2017

106-Local de validade: 10/05/2017

107-Data de validade: 10/05/2017

108-Local de validade: 10/05/2017

109-Data de validade: 10/05/2017

110-Local de validade: 10/05/2017

111-Data de validade: 10/05/2017

112-Local de validade: 10/05/2017

113-Data de validade: 10/05/2017

114-Local de validade: 10/05/2017

115-Data de validade: 10/05/2017

116-Local de validade: 10/05/2017

117-Data de validade: 10/05/2017

118-Local de validade: 10/05/2017

119-Data de validade: 10/05/2017

120-Local de validade: 10/05/2017

121-Data de validade: 10/05/2017

122-Local de validade: 10/05/2017

123-Data de validade: 10/05/2017

124-Local de validade: 10/05/2017

125-Data de validade: 10/05/2017

126-Local de validade: 10/05/2017

127-Data de validade: 10/05/2017

128-Local de validade: 10/05/2017

129-Data de validade: 10/05/2017

130-Local de validade: 10/05/2017

131-Data de validade: 10/05/2017

132-Local de validade: 10/05/2017

133-Data de validade: 10/05/2017

134-Local de validade: 10/05/2017

135-Data de validade: 10/05/2017

136-Local de validade: 10/05/2017

137-Data de validade: 10/05/2017

138-Local de validade: 10/05/2017

139-Data de validade: 10/05/2017

140-Local de validade: 10/05/2017

141-Data de validade: 10/05/2017

142-Local de validade: 10/05/2017

143-Data de validade: 10/05/2017

144-Local de validade: 10/05/2017

145-Data de validade: 10/05/2017

146-Local de validade: 10/05/2017

147-Data de validade: 10/05/2017

148-Local de validade: 10/05/2017

149-Data de validade: 10/05/2017

150-Local de validade: 10/05/2017

151-Data de validade: 10/05/2017

152-Local de validade: 10/05/2017

153-Data de validade: 10/05/2017

154-Local de validade: 10/05/2017

155-Data de validade: 10/05/2017

156-Local de validade: 10/05/2017

157-Data de validade: 10/05/2017

158-Local de validade: 10/05/2017

159-Data de validade: 10/05/2017

160-Local de validade: 10/05/2017

161-Data de validade: 10/05/2017

162-Local de validade: 10/05/2017

163-Data de validade: 10/05/2017

164-Local de validade: 10/05/2017

165-Data de validade: 10/05/2017

166-Local de validade: 10/05/2017

167-Data de validade: 10/05/2017

168-Local de validade: 10/05/2017

169-Data de validade: 10/05/2017

170-Local de validade: 10/05/2017

171-Data de validade: 10/05/2017

172-Local de validade: 10/05/2017

173-Data de validade: 10/05/2017

174-Local de validade: 10/05/2017

175-Data de validade: 10/05/2017

176-Local de validade: 10/05/2017

177-Data de validade: 10/05/2017

178-Local de validade: 10/05/2017

179-Data de validade: 10/05/2017

180-Local de validade: 10/05/2017

181-Data de validade: 10/05/2017

182-Local de validade: 10/05/2017

183-Data de validade: 10/05/2017

184-Local de validade: 10/05/2017

185-Data de validade: 10/05/2017

186-Local de validade: 10/05/2017

187-Data de validade: 10/05/2017

188-Local de validade: 10/05/2017

189-Data de validade: 10/05/2017

190-Local de validade: 1

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0404020550

29-Clinica:

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

LAURINDO DE SOUSA BRITTO JUNIOR

27-Processamento Solicitado:

OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA SIMPLES DE MANDÍBULA

30-Caráter: Ident.: 02

31-Docum.: 01

32-Doc. Méd. Solic.: CPF 065.559.773-53

34-Data Solicitação:

31/12/2018

Tempo 3

Dr. Matias Araújo da Silva

Cirurgião Buco-Maxilo-Facial

35-Ass. Cred. Méd. Sol. (CRM) 080-PI 779

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

37-() Acidente Trabalho Típico

38-() Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete:

41-Série:

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

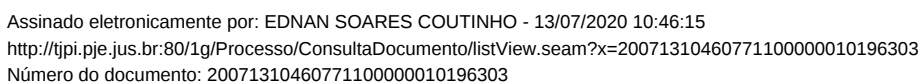
44-CBOR:

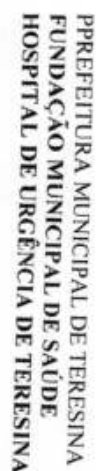
46 - Nome do Profissional Autorizado:

AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:		AUTORIZAÇÃO		Empregado () Aposentado () Não Segurado	
48-Documento:		47-Data Autorização:		31/01/19	
() CNS () CPF	49-Num. Documento:			Marcondes Martins S. Moura Auditor FMS - Teresina Médico Auditor FMS 1752395120001 Reg. Conselho	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:				Usuário: (JEIEL FEITOSA) Consulta Local: 700727 Consulta SUS:	





**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

NOME DO PACIENTE

Davies, J. E. P. M. A. Costa
DIAGNOSTICO ATUAL E COMORBIDADES

FRATILOA mandibular (sinifise)

PRESCRIÇÃO MÉDICA
DATA: 31 / 12 / 18 HORA: 08 : 02

1) Dieta líquida pastosa

Helio Dias S. P. Aguiar
Nutricionista
CRM 6 - 5845

2) SF 0,9% 1000 ml, EV, para 24h

3) Ceralotina Ig+AD, EV de 6/6h

4) Decadron 4mg + AD, EV de 8/8h

2) **Dipirona sodica 500mg, 1 amp+ AD, EV de 6/6h**

6) Kanitidina 50mg 1 amp+AD, EV de 8/8h

7) Tilatil 20 mg + AD EV de 12/12h

8) Higiene oral com clorexidina 0,12% 2x dia

9) SSV + CCGG

de Sousa Brito Junior

CRJ-450

01/05/1991

NEGA

HORÁRIO

CLINICA	ENF. ou APT.	L
MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE		
BUCOMAXILO		

OBSERVAÇÕES

20.00h - Patient's signs deteriorate, on

trabalho, física, experiência. para grandes
álgebra no momento. para dermatobi-
olares. para álgebra medicinalista.

Encontro esportante. Encerramento às 18h30

Ass: _____ Juçileia Aguiar da Silva

Enfermeira

COREN - P1 177.88

$M_b - SSV, \gamma = 37.4^\circ C, \gamma_A =$

$14x + 7m + 5g, P = 10 \text{ kbps}$

Maria Ignacia
 Tac...
 CORENPI...

1036. *Convolvulus* *cr.*

1. On the outside of the box

Spandorck products

Blueberry - 5m dula Zee

Howe P.



SUMÁRIO DE ALTA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3418 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Prontuário:
498529

Internação:
230045

Nome: **DANIEL BEZERRA DA COSTA**
End. Resid.: Q 14 CASA 15 - MATADOURO
Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-010

Sexo: Masculino	Nascimento: 01/05/1991	Idade: 27a7m30d	Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: AUTONOMO
Internação		Alta		Permanência
Data 31/12/2018	Hora 06:07	Data	Hora	

Diagnósticos: *Fístula simples mandibular*

CID Principal:

S02.6

Cod.CID:

CID Secundário:

CID Causa Morte:

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):

*Pa co sutura em região de mto, edema
e região mto;*

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

*Pa co edema compatível com fístula
mto curado; sem sangramento ativo.*

MEDICAÇÕES:

Anti-inflamatório, antibiótico, analgésico.

CIRURGIA:

Data:

01/01/19

Tipo:

Trat. conservador

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Evacuação em ambulância

Receita
Paciente: Daniel Bezerra da Costa
Médico: Dr. Matias Araújo da Silva
Assistente: Dr. Matias Araújo da Silva
CONFERE COM ORIGINAL

Tipo de Alta:

()

Curado

()

Melhorado

()

Pedido

()

Evasão

()

Administrativa

()

Óbito

()

Transferência outro serviço

()

Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por:

Transporte:

Nome:

Dr. Matias Araújo da Silva
Cirurgião Bucodentário-Facial

Ass. Médico Assistente em Odontologia/Residente





Prefeitura Municipal de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 470241861	Nº REGULAÇÃO: 54940	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679647 - UNIDADE MISTA DE SAÚDE D. ANTONIO PEDREIRA DE A. MARTINS - BUIAÍRES		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUI		
LEITO: CIRURGIA GERAL		
PACIENTE: DANIEL BEZERRA DA COSTA		NASCIMENTO: 01/05/1991

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE ALCOOLIZADO COM RELATO DE QUEDA DE MOTO SEM CAPACETE APRESENTANDO LACERAÇÃO EXTENSA DO MENTO. EXPOSIÇÃO ÓSSEA E HEMATOMA NA GENGIVARÃO-X DA MANDÍBULA MOSTRA FRATURA

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DE MANDÍBULA

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL:

FREQ. CARDÍACA:

SATURAÇÃO:

FREQ. RESPIRATÓRIA:

GLICEMIA:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

USO DE O2:

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 31/12/2018 04:45:14

THAINA M. C. FÉLIX
MÉDICA
CRM 14907

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

Patrícia Viana Sales Leão
Matrícula: 67499
SANE - HUI
CONFERE COM O ORIGINAL

lank

1/1





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DANIEL BEZERRA DA COSTA** (Prontuário: 498529)
Endereço: Q 14 CASA 15 - MATADOURO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 01/05/1991 Idade: 27a7m30d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 700727
Requisição: 906460 Solicitação: 31/12/2018 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1127486 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

T.C. DE FACE

Data Exame: 31/12/2018

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- FRATURA COMPLETA ALINHADA NO CORPO DA MANDÍBULA.
- SEIOS MAXILARES, FRONTAIS E SEIO ESFENOIDAL COM TRANSPARÊNCIA NORMAL.
- CÉLULAS ETMOIDAIAS SEM ALTERAÇÕES.
- COMPLEXOS OSTEOMEATAIS, RECESSOS FRONTAIS E ESFENO-ETMOIDAIAS LIVRES.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

(JOE)

TERESINA - PI 31/12/2018

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

Rece
Patrícia Viana Sales Leão
Médica - Otorrinolaringologista
SABE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DANIEL BEZERRA DA COSTA** (Prontuário: 498529)
Endereço: Q 14 CASA 15 - MATADOURO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 01/05/1991 Idade: 27a7m30d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 70072
Requisição: 906461 Solicitação: 31/12/2018 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1127487 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

T.C. DE CRANIO

Data Exame: 31/12/2018

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

CONCLUSÃO: EXAME DE ASPECTO NORMAL.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 31/12/2018

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

Patricia Viana Sales Leão
Mauco: 621499
SANE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

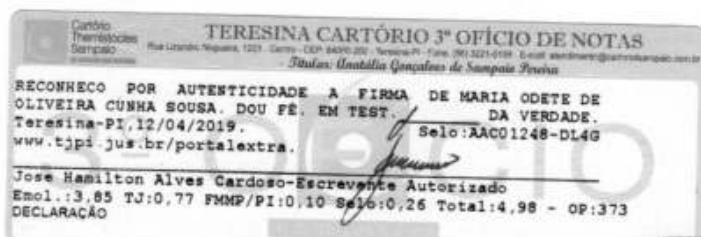
Eu, MARIA ODETE DE OLIVEIRA CUNHA SOUSA,
RG nº 1.188.236, data de expedição 18/12/06
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 504.216.463-49,
com domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA COLOMBIA - TRÊS ANDARES, nº 3474,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
DANIEL BEZERRA DA COSTA, cujo o condutor era
O MESMO.
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA CG150 TITAN KS Ano: 2007/2008
Placa: NHV 9309 Chassi: 9C2X8108X035119.
Data do Acidente: 31/12/2018

Local e Data: TERESINA 12/ABRIL 2019

Maria Odet de Oliveira Cunha Sousa
Assinatura do Declarante


MEDIADORA DE SEGUROS
Recebi em: 12/04/19

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



3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

CARTÓRIO Thematiques Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS
Jose Hamilton A. Cardoso
Escritor Autorizado
Teresina - PI



[Assinatura]

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

RECEBIDO EM: 05/04/19



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190263707 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL BEZERRA DA COSTA **Data do acidente:** 31/12/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MANDÍBULA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.
ALTA.

Sequelas permanentes: LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL PARA LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118700/19

Número do Sinistro: 3190263707

Vítima: DANIEL BEZERRA DA COSTA

CPF: 060.492.713-48

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 31/12/2018

Titular do CPF: DANIEL BEZERRA DA COSTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

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: 12/04/2019
Nome: DANIEL BEZERRA DA COSTA
CPF: 060.492.713-48

DANIEL BEZERRA DA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/04/2019
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO





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

Bolt (OK)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 31/12/2018 06:25:26
(User: DR. GILBERTO)
(Estação: TRAUMA)

Nome:	DANIEL BEZERRA DA COSTA	Prontuário:	498529
Mãe:	FRANCISCA DAS CHAGAS BEZERRA DA COSTA	Pai:	JOSE SOARES DA COSTA
End.Resid.:	Q 14 CASA 15 - MATADOURO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	01/05/1991	Idade:	27a7m30d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-99493-0801
Responsável:	JOSE SOARES DA COSTA	CNS:	160313960420002
Profissão:	AUTONOMO	Documento:	RG: 3477828 - SSP
G. Instrução:	Não informado	E.Civil:	Solteiro(a)
End.Local.:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	700727	Entrada:	31/12/2018 06:07:37	Convênio:	S U S	Proced:	0301060029
Motivo da Procura	(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)						

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
		Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

MEDEIA DE SEGURANÇA DE SEGURANÇA
Recebido em: 09/12/18

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 VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 3 HORAS. REFERE INGESTAO DE BEBIDA ALCOOLICA E NEGA USO DE CAPACETE.

- A) VIAS AEREAS PERVEAS, SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RIGIDA.
B) MV + BT, SEM RA.
C)BNF, RR, 2T, SS. TEC<2S, ABDOMEN: SEM SINAIS DE PERITONITE, PELVE ESTAVEL
D) GLASGOW: 15.
E) ESCORIAÇÕES: ESCORIAÇÕES MULTIPLAS PELO CORPO. LESÃO EM SOBRANCELHA D. ENCAMINHADO POR POSSÍVEL FRATUA EM FACE.

Diagnóstico Inicial:
?

Patrícia Virgínia Sales Leão
Médica - RPPS 027499
SABE - RPPS
CONFERE COM O ORIGINAL

HUT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME: CRANIO + FACE
DATA: 31/12/18 06:35h2

Exames Complementares:
(1127486) - T.C. DE FACE
(1127487) - T.C. DE CRANIO

Prescrição Médica:
Loren da Moura - OK
Loren da Moura - OK
0404020550
Sor. 6
Loren da Moura - OK
0404020550
Sor. 6
Loren da Moura - OK
0404020550
Sor. 6

Motivo da Alta/Encerramento:
Observação (Adulto) DATA: / / HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
CRM: Em: 31/12/2018 06:25:25

Dra. Andreza M. Campes
Médica
CRM-PV 7148



ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ 17157474/000106 - LE 195965574
Av. Adilam Araújo, 1039, Pícarra - CEP 64012-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 335 / (86) 98124-3199

TEL FONE
2019012519544

MATRICULA

12182613-9

FATURA Nº

MÊS/ANO

150291558

1/2019

NOME/ENDEREÇO

MORADOR JOSE SOARES DA COSTA

CON SAO JOAQUIM, Q-014-C-015-SAO JOAQUIM-TERESINA-PI-cep:64004215

LOCALIZAÇÃO

017-00091-001280

GRUPO

017

NUMERO DE HIDRÔMETRO

A14N297683

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	Tipo	LIC	FATURADO
01/2018	L-140	11	11
02/2018	L-140	12	12
03/2018	L-140	13	13
04/2018	L-140	14	14
05/2018	L-140	15	15
06/2018	L-140	16	16

CONDIÇÕES - CAL/CORIAS / TPO TARIFA

1 Residencial - Normal

DATA
ANTERIOR 24/12/2018 453
ATUAL 25/01/2019 467

CONSUMO MÊS AN

14

DEBITO FATOR

PIS-PASEP 04.0341.0000 1.00

COTING 04.0341.0000 1.00

TABELA DE TARIAS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

RESIDENCIAL	TARIFA DE CONSUMO RESIDENCIAL
1	14
2	25
3	35
4	45
5	55
6	65
7	75
8	85
9	95
10	105
11	115
12	125
13	135
14	145
15	155
16	165
17	175
18	185
19	195
20	205
21	215
22	225
23	235
24	245
25	255
26	265
27	275
28	285
29	295
30	305
31	315
32	325
33	335
34	345
35	355
36	365
37	375
38	385
39	395
40	405
41	415
42	425
43	435
44	445
45	455
46	465
47	475
48	485
49	495
50	505
51	515
52	525
53	535
54	545
55	555
56	565
57	575
58	585
59	595
60	605
61	615
62	625
63	635
64	645
65	655
66	665
67	675
68	685
69	695
70	705
71	715
72	725
73	735
74	745
75	755
76	765
77	775
78	785
79	795
80	805
81	815
82	825
83	835
84	845
85	855
86	865
87	875
88	885
89	895
90	905
91	915
92	925
93	935
94	945
95	955
96	965
97	975
98	985
99	995
100	1005

DESCRIÇÃO	VALOR	REF	VALOR
VALOR REFERENTE ÁGUA	49,65		
> Residencial - Normal			
VALOR DE ESGOTO	32,27	14,0	49,65
> Residencial - Normal			
JUROS POR ATRASO	14,0		32,27
MULTA POR ATRASO	11/2018		1,62
	11/2018		1,62

NÃO RESIDENCIAL
TARIFA DE CONSUMO RESIDENCIAL

VENCIMENTO 06/02/2019 TOTAL A PAGAR 84,33

REGULARIDADE / ANORMALIDADES

ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.
Nossos arquivos acusam 1 débito(s). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias da emissão desta fatura, o cliente poderá solicitar a revisão da mesma, desde que não tenha sido paga a totalidade da mesma. A revisão será feita pelo setor de atendimento ao cliente, após a análise dos dados fornecidos pelo cliente. A revisão será feita pelo setor de atendimento ao cliente, após a análise dos dados fornecidos pelo cliente.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (DE Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
TEOR DE LITIO	2787	2688	19	1,43	0,2-5,0 mg/L
CONSUMO	2746	2658	88	6,40	Inferior a 15
PH	8756	2673	79	8,75	6,00-9,50
TEMPERATURA	2705	2618	87	1,86	Inferior a 5

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (DE Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XXI)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	967	961	6	Ausente	Ausente
ESCHERICHIA COLI	967	967	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 25/01/2019 HORA DA EMISSÃO: 18:56

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: EDNAN SOARES COUTINHO - 13/07/2020 10:46:15
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071310460771100000010196303
Número do documento: 20071310460771100000010196303

Scanned by CamScanner



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

060492.713.48

Nome completo da vítima:

DANIEL BEZERRA DA COSTA

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

Nome completo:

DANIEL DA COSTA BEZERRA

CPF:

060.492.713.48

Profissão:

RECUSO.

Endereço:

CONJ. SÃO JOAQUIM. 014.615.

Número:

Complemento:

Bairro:

SÃO JOAQUIM.

Cidade:

TERESINA

Estado:

PI.

CEP:

64004-215

E-mail:

Tel. (DDD):

86.994.930801.

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0029

CONTA:

91509

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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

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.

Inscrição
digital da
vítima ou
do beneficiário
assinado eletronicamente

Local e Data:

TERESINA 05/04/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina À ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | 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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

Recebido em: 05/04/2019





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Eu, MARIA ODETE DE OLIVEIRA CUNHA SOUSA,
RG nº 1.188.236, data de expedição 18/12/06
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 504.216.463-49,
com domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA COLOMBIA - TRÊS ANDARES, nº 3474,
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
DANIEL BEZERRA DA COSTA, cujo o condutor era
O MESMO.
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA CG150 TITAN KS Ano: 2007/2008
Placa: NHV 9309 Chassi: 9C2X8108X035119.
Data do Acidente: 31/12/2018

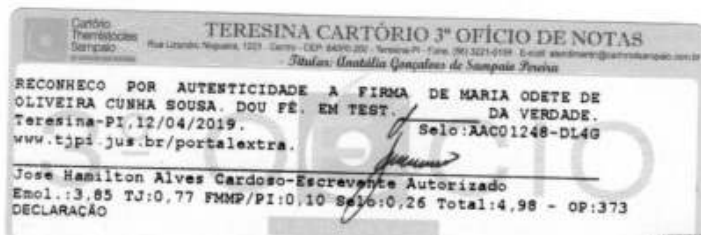
Local e Data: TERESINA 12/ABRIL 2019

Maria Ode de Oliveira Cunha Sousa
Assinatura do Declarante



MEDIANOTORA DE SEGUROS
Recebi em: 12/04/19

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



3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

CARTÓRIO Thematocores Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS
Jose Hamilton A. Cardoso
Escrivente Autorizado
Teresina - PI