



Número: **0815442-65.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **14/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
M. T. V. V. O. (AUTOR)	FRANCISCO REINALDO DE SOUSA FILHO (ADVOGADO)
MARINETO GOMES DE OLIVEIRA (INTERESSADO)	FRANCISCO REINALDO DE SOUSA FILHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10777 605	14/07/2020 15:15	<u>Petição Inicial</u>	Petição Inicial
10777 613	14/07/2020 15:15	<u>ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
10777 614	14/07/2020 15:15	<u>Declaração de Isenção do Imposto de Renda Pessoa Física - Mateus</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
10777 615	14/07/2020 15:15	<u>DECLARAÇÃO DE POBREZA - MATHEUS TERFOARÁ VILANOVA VEIRA OLIVEIRA (menor)</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
10777 616	14/07/2020 15:15	<u>Docs pessoais - Mateus</u>	Documentos
10777 617	14/07/2020 15:15	<u>Docs que instruem a inicial</u>	Documentos
10777 618	14/07/2020 15:15	<u>PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO - 01</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
10777 619	14/07/2020 15:15	<u>PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO- 02</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
10777 620	14/07/2020 15:15	<u>PROCURAÇÃO - MATHEUS TERFOARA VILANOVA VEIRA OLIVEIRA (menor)</u>	Procuração

**EXCELENTESSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL DA
COMARCA DE TERESINA – PI**

MATHEUS TERFOARA VILANOVA VEIRA OLIVEIRA, brasileiro, RG N° 3700066, CPF: 097.433.493-67, menor impúbere, neste ato representado por seu genitor, **MARINETO GOMES DE OLIVEIRA**, inscrito sob o CPF n° 450.769.523-68, residente e domiciliado na Rua Agente Manoel Probo Pagador, nº 5231, Novo Horizonte, CEP: 64.079-185 – Teresina PI, vem respeitosamente perante Vossa Excelência, por intermédio de seus advogados e bastantes procuradores, conforme procuração em anexo, requerer

AÇÃO DE COBRANÇA DE (DIFERENÇA DE SEGURO) DPVAT

em face **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04, sediada na Avenida Senador Dantas, nº 74, 5º andar – centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 200312-205, com arrimo na LEI N° 6.194, DE 19 DE DEZEMBRO DE 1974, alterada pela Lei 8441/92 e com base nos fatos e fundamentos jurídicos que ora se seguem:

1-PRELIMINARMENTE

A) Da Justiça Gratuita

Inicialmente declara o requerente ser pessoa pobre, que não possui condições financeiras e nem econômicas para arcar com custas processuais, inclusive por estar com sequelas devido ao acidente que será informado nos próximos tópicos. Por isso, requer que seja concedido o benefício da Justiça Gratuita instituída pelo artigo 5º, LXXIV, da Constituição Federal, e da Lei nº 1.060/50. (Declaração de hipossuficiência em anexo)

Assim, a parte Autora junta a presente afirmação de pobreza, nos termos do Art. 4º, da Lei 1.060/50, onde basta a afirmação de que não possui condições de arcar com custas e honorários, sem prejuízo próprio e de sua família, na própria petição inicial ou em seu pedido, a qualquer momento do processo, para a concessão do benefício, pelo que nos bastamos do texto da lei, in verbis;

Art. 4º. A parte gozará dos benefícios da assistência judiciária, mediante simples afirmação, na própria petição inicial, de que não está em condições de pagar ás custas do processo e os honorários de advogado, sem prejuízo próprio ou de sua família. (Redação dada pela Lei nº 7.510, de 1986). §1º.



Presume-se pobre, até prova em contrário, quem afirmar essa condição nos termos desta lei, sob pena de pagamento até o décuplo das custas judiciais.

B) Da autenticidade dos documentos

Ainda em sede de preliminar, a petionante declara que os documentos e cópias reprográficas e reproduções digitais das peças que compõe a presente exordial, são autênticos e conferem sua integralidade com os originais, sendo declarado por expressa liberalidade do causídico, conforme preceitua o art. 425, IV, do NCPC, in verbis:

Art. 425. Fazem a mesma prova que os originais: [...] IV - as cópias reprográficas de peças do próprio processo judicial declaradas autênticas pelo advogado, sob sua responsabilidade pessoal, se não lhes for impugnada a autenticidade;

Assim sendo uma faculdade, imposta como meio de facilitar o prosseguimento do feito, é que de pronto fica declarada a autenticidade das cópias e documentos integrantes da presente peça.

- C) O nome da pessoa registrado no comprovante de endereço é o do pai do autor, pois ele não possui comprovante de endereço em seu nome.

2-DOS FATOS

O Requerente é beneficiário da indenização por danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT, que comprehende invalidez, conforme comprovam os documentos inclusos.

O direito a indenização do requerente surgiu em decorrência de acidente automobilístico ocorrido em 20.10.2018 (**B.O em anexo**), tendo recebido da requerida administrativamente à indenização de convênio do seguro obrigatório –DPVAT- como faz prova a consulta do benefício em anexo.

Em virtude do acidente de trânsito, sofreu o requerente varias escoriações no corpo, com trauma grave no MSE e MID. Foi feito exame (**doc em anexo**), onde ficou constatado uma fratura distal do rádio e fratura na diáfise do fêmur, como sequelas operatórias.

O suplicante, ao tomar ciência acerca dos direitos que lhe compete, ingressou com o pedido na seara administrativa. Em resposta ao seu pedido, o autor **recebeu apenas a importância de R\$ 4.050,00 (quatro mil e cinquenta reais)** da seguradora, quantia essa inferior ao valor fixado pela Lei 6.194/74 que possui direito.

Não concordando com o valor, tendo em vista o dano sofrido e o limite máximo do valor estipulado pelo art 3º, inciso II, da Lei nº 6.194/74, de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), o requerente vem perante esse juízo para postular o valor devido.

Adverte que a debilidade limitou seus movimentos da perna esquerda, tendo o requerente, dificuldade em movimentar o punho esquerdo e de se locomover (limitações claudicantes), conforme laudo médico anexado aos autos, configurando perda funcional do MSE e MID, sendo necessário a realização de uma avaliação médica por perito judicial nomeado por este juízo para dirimir tal controvérsia tudo conforme a tabela legal, anexa da Lei nº 6.194/74.



Denota-se legítimo o dever da Ré em efetuar o pagamento da diferença da indenização do seguro obrigatório DPVAT, ora pleiteado, depois de ser realizada a perícia, visto que a mesma pertence ao rol de segurados que compõem atualmente o Consórcio referente ao Convênio DPVAT.

3-DO DIREITO

3.1 Da Solidariedade das Seguradoras Participantes do Consórcio

A Requerida é Seguradora regularmente conveniada Junto à Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, logo, encontra-se legalmente obrigada a cumprir os termos estipulados para operar junto ao seguro DPVAT.

Ainda, ante o princípio da solidariedade, a requerida está legitimada para figurar no polo passivo da presente demanda, conforme prevê o art. 7º, *caput*, da Lei nº6.194/74, *in verbis*:

Art. 7º A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.

Nesse sentido:

Ementa: APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA - DPVAT - COMPLEMENTAÇÃO - REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO REMETIDO A SEGURADORA DIVERSA - VALIDADE - SOLIDARIEDADE ENTRE AS SEGURADORAS - INTERESSE PROCESSUAL - PRESENÇA. Mostra-se perfeitamente possível à vítima de acidente de trânsito pleitear, judicialmente, o recebimento da indenização DPVAT contra **seguradora diversa** daquela à qual foi dirigido o requerimento administrativo, haja vista que as instituições que asseguram o pagamento em questão são solidariamente responsáveis pelas indenizações.

TJ-MG - Apelação Cível AC 10313150111653001 MG

Acrescenta que a Portaria nº 2797/2007 da Susep concedeu autorização à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A para representar todas as seguradoras do consórcio.

Logo, é parte legítima para responder pela demanda a empresa **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT**, porquanto integrante do consórcio de seguradoras responsáveis pelo pagamento do seguro DPVAT.

3.2 Do Seguro DPVAT por Acidente

O art. 3º da Lei nº 6.194/74, estabelece que os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar, conforme se vê abaixo:

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez



permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

Esse mesmo artigo traz as formas de pagamento nos incisos do § 1º:

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do **caput** deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá 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, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

Os documentos anexados nesta exordial provam de forma inequívoca que houve o acidente de trânsito, bem como o nexo de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele decorrente, fazendo jus à parte autora ao recebimento do seguro obrigatório nos termos do art. 5º da Lei nº 6.194/74, que assim dispõe:

Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

Assim, resta claro que o requerente deve ser indenizado pelo seguro, como medida de direito, visto que sofreu um acidente de trânsito que resultou em invalidez permanente, tendo



muita dificuldade em movimentar o punho esquerdo e de se locomover (limitações claudicantes) conforme laudo médico anexado aos autos, configurando perda funcional do MSE e MID. É o que se requer.

3.3 Da Atualização Monetária Sobre o Valor já Pago Administrativamente e Sobre o Valor Devido

A Requerida ao pagar o valor do seguro DPVAT administrativamente ao Requerente pagou apenas o valor que entendeu devido sem a atualização monetária. Conduta esta contrária ao entendimento recente do Colendo Superior Tribunal de Justiça - STJ em sede de recurso repetitivo:

RECURSO ESPECIAL REPETITIVO. CIVIL. SEGURO DPVAT. INDENIZAÇÃO. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA. TERMO 'A QUO'. DATA DO EVENTO DANOSO. ART. 543-C DO CPC. 1. Polêmica em torno da forma de atualização monetária das indenizações previstas no art. 3º da Lei 6.194/74, com redação dada pela Medida Provisória n. 340/2006, convertida na Lei 11.482/07, em face da omissão legislativa acerca da incidência de correção monetária. 2. Controvérsia em torno da existência de omissão legislativa ou de silêncio eloquente da lei. 3. Manifestação expressa do STF, ao analisar a ausência de menção ao direito de correção monetária no art. 3º da Lei nº 6.194/74, com a redação da Lei nº 11.482/2007, no sentido da inexistência de constitucionalidade por omissão (ADI 4.350/DF). 4. Para os fins do art. 543-C do CPC: **A incidência de atualização monetária nas indenizações por morte ou invalidez do seguro DPVAT, prevista no § 7º do art. 5º da Lei n. 6194/74, redação dada pela Lei n. 11.482/2007, opera-se desde a data do evento danoso.** 5. Aplicação da tese ao caso concreto para estabelecer como termo inicial da correção monetária a data do evento danoso. 6. RECURSO ESPECIAL PROVIDO.

(STJ - REsp: 1483620 SC 2014/0245497-6, Relator: Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO, Data de Julgamento: 27/05/2015, S2 - SEGUNDA SEÇÃO, Data de Publicação: DJe 02/06/2015)

Entendimento este sedimentado no STJ, a teor do que dispõe a **Súmula 580: a correção monetária nas indenizações do seguro DPVAT por morte ou invalidez, prevista no parágrafo 7º do art. 5º da Lei nº 6.194/74, redação dada pela Lei nº 11.482/07, incide desde a data do evento danoso.** (Súmula 580, SEGUNDA SEÇÃO, julgado em 14/09/2016, Dje 19/09/2016).

Observa-se que a correção monetária trata-se não de acréscimo patrimonial, mas de adequação do valor da moeda à realidade inflacionária.

Por fim, aplicando tal orientação ao caso concreto, cumpre condenar a requerida a corrigir monetariamente o valor da indenização recebida pelo autor na esfera administrativa, desde a data do evento danoso até o respectivo pagamento parcial, e, depois de deduzida a quantia recebida, o valor remanescente deverá ser igualmente atualizado, até o efetivo pagamento.



4-DOS PEDIDOS

Ante o exposto, requer-se a Vossa Excelência:

- a) **A desistência da audiência de conciliação e mediação**, ante ao desinteresse da Seguradora Ré pela realização de acordos nos processos referentes à matéria em questão, nos termos do artigo 334, § 5º do NCPC;
- b) Que seja concedido ao requerente o benefício da justiça gratuita por ser pobre na forma da Lei, conforme art. 5º, LXXIV, da Constituição Federal, e da Lei nº 1.060/50;
- c) Que seja a Ré citada no endereço acima através de seu representante legal, para, querendo, contestar a presente ação no prazo legal, sob pena de revelia, nos termos do art. 344 do NCPC;
- d) Que seja determinada a **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA em favor do consumidor**, face à verossimilhança das alegações e sua cabal hipossuficiência técnica e financeira, por força do art. 6º, inciso VIII, do CDC, para determinar que a seguradora Ré, durante a fase instrutória apresente o processo administrativo juntamente com o laudo pericial e as conclusões médicas que ensejaram o pagamento a menor da indenização;
- e) Que seja nomeado médico local competente por este duto juízo para realização da perícia no autor, custeada pela requerida, de preferência nas próprias dependências do Fórum, respondendo aos quesitos elencados no final desta peça, na forma do **Convênio nº 69/2015, celebrado entre TJ/PI e a Seguradora Líder**, nos termos dos artigos 464 e seguintes do NCPC;
- f) Que seja a Ré condenada ao pagamento do valor de R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais), correspondente a diferença da indenização paga e a realmente devida, que deverá ser acrescido de correção monetária a partir do evento danoso e de juros de mora no percentual de 1% ao mês a contar da citação da requerida
- g) Que seja a Ré condenada ao pagamento das custas e honorários advocatícios a ser fixado por este Juízo nos termos do art. 85 do NCPC;

Os advogados peticionantes declaram autênticas e verdadeiras todas as documentações juntadas à presente petição, atendendo ao disposto no artigo 425, inciso IV, do NCPC.

Protesta provar o alegado por todas as provas em direito admitidas, em especial pela prova material que instrui essa inicial e a realização de perícia médica, sem prejuízo de outras provas eventualmente cabíveis e desde já requeridas.

Dá-se à causa, o valor de R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais).

Nestes termos, pede e espera deferimento como medida de inteira justiça.

Teresina, 15 de junho de 2020

FRANCISCO REINALDO DE SOUSA FILHO
OAB/PI 17.395
(assinado digitalmente)



DOS QUESITOS PERICIAIS:

1. O requerente possui doença/enfermidade? Qual e desde quando? Tal doença/enfermidade foi causado pelo referido acidente de trânsito sofrido, ou por ele foi agravado?
2. Do acidente de trânsito sofrido, houve ofensa à integridade física do Requerente?
3. Do acidente de trânsito sofrido, resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? E deformidade permanente? Em qual região do corpo? Houve dano da parte estética?
4. A debilidade/deformidade permanente ocasionada impede o requerente de levar uma vida comum? Gera limitações? Resulta-lhe em perigo de vida?
5. O acidente de trânsito resultou em perda ou diminuição de função de algum órgão do periciado e se o quadro clínico apresenta disfunções apenas temporárias ou se o dano funcional é permanente?
6. Existe tratamento médico/cirúrgico capaz de reverter a situação do Requerente? Tal procedimento é viável e acessível às pessoas de situação financeira hipossuficiente? Tal tratamento é eficaz? Qual a porcentagem?
7. A invalidez do Requerente pode ser fixada em repercussão total, intensa, média, leve ou residual? Qual a porcentagem da invalidez?





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, 21 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 31900422240

Vítima: MATHEUS TERFOARA VILANOVA VIEIRA OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARINETO GOMES DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00689/00690 - carta_01 - INVALIDEZ



00040345

Carta nº 13839241



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO REINALDO DE SOUSA FILHO - 14/07/2020 15:15:52
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071415144650800000010221551>
Número do documento: 20071415144650800000010221551

Num. 10777613 - Pág. 1

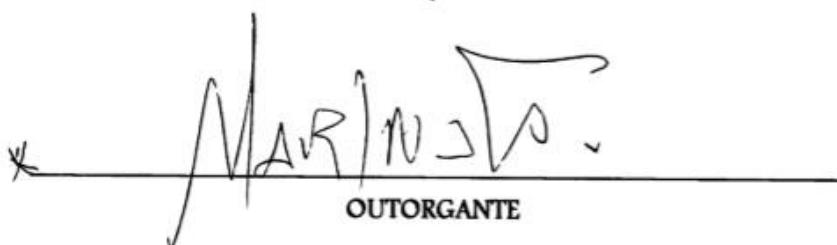
Declaração de Isenção do Imposto de Renda Pessoa Física(IRPF)

Eu, MARINETO GOMES DE OLIVEIRA, RG/CNH nº 1.244.222, órgão expedidor:SSP/PI, CPF: 450.769.523-68, endereço Rua Agente Manoel Probo Pagador, nº 5231, Novo Horizonte, CEP: 64.079-185, Teresina - PI, DECLARO ser isento(a) da apresentação da Declaração do Imposto de Renda Pessoa Física (DIRPF) nos exercício(s) 2018/2019 por não incorrer em nenhuma das hipóteses de obrigatoriedade estabelecidas pelas Instruções Normativas (IN) da Receita Federal do Brasil (RFB).

Esta declaração está em conformidade com a IN RFB nº 1548/2015 e a Lei nº 7.115/83*.

Declaro ainda, sob as penas da lei, serem verdadeiras todas as informações acima prestadas.

Teresina, 20.06.2020



LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. . 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homônima ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interessado ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira. Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. . 2º - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. . 3º - A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. . 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

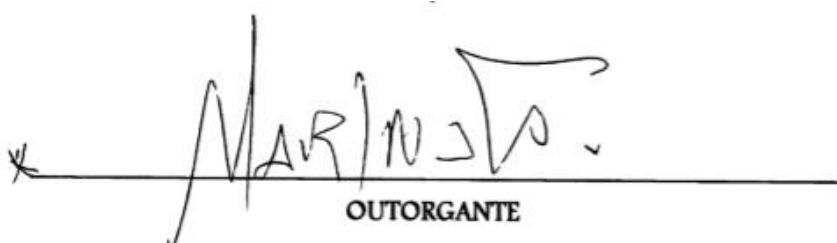
Art. . 5º - Revogam-se as disposições em contrário.



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

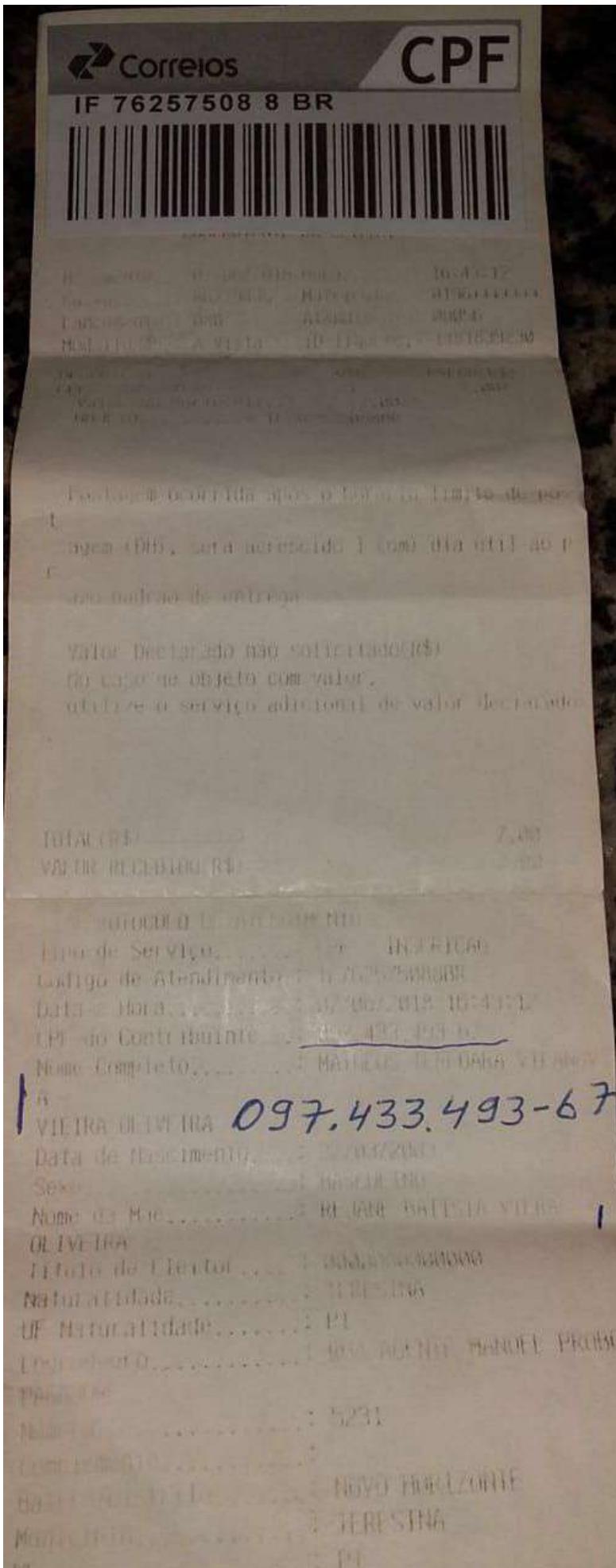
MATHEUS TERFOARA VILANOVA VEIRA OLIVEIRA, brasileiro, RG Nº 3700066, menor impúbere, neste ato representado por seu genitor, **MARINETO GOMES DE OLIVEIRA**, inscrito sob o CPF nº 450.769.523-68, residente e domiciliado na Rua Agente Manoel Probo Pagador, nº 5231, Novo Horizonte, CEP: 64.079-185, Teresina – PI., DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da Gratuidade da Justiça, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 NCPC, Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Teresina, 20 de junho de 2020.



A handwritten signature in black ink, appearing to read "MARINETE GOMES DE OLIVEIRA". Below the signature, the word "OUTORGANTE" is printed in capital letters.





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



POLEGAR DIREITO



Matheus Reinaldo de Sousa
91100-000
Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

INTERPRINT LTDA.



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO REINALDO DE SOUSA FILHO - 14/07/2020 15:15:53
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071415144706400000010221554>
Número do documento: 20071415144706400000010221554

Num. 10777616 - Pág. 2

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

**REGISTRO
GERAL**

**DATA DE
EXPEDIÇÃO** 09 / 02 / 12

NOME

MATHEUS TERFOARA VILANOVA VIEIRA OLIVEIRA

FILIAÇÃO

REJANE BATISTA VIEIRA OLIVEIRA
MARINETTO GOMES DE OLIVEIRA

DATA DE NASCIMENTO

22 / 03 / 2003

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 7362 L 25AE F 162

EXP TERESINA - PI . 04/07/03
CPF

TERESINA - PI

Pedro Gomes de Oliveira
ASSINATURA DO DIRETÓRIO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

INTERPARA LTDA.



CLÍNICA MACHADO

Dr. Edimar

RECEITUÁRIO

Declaro que neste
receptáculo vila nova ^{Vieira}, foi visto
de acidente de trânsito, fui socorrido
em 20.10.18 às 12.00HS, Teve sofrido
forte trauma no M¹ e M², C^U-
S^U e S^D com fratura em porção
distal do rebordo da mandíbula
que se fixou com fio de ferro
e quebra-se ao tentar removê-lo
com complementar com fio
ferrozin, com alta de finaliza
reabilitação com sequela forte
dolor com limitação de movimen
tos, com comprometimento fun
ctional de 90%
10.05.18 Encerrado

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirúrgica
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PI

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva
Fones: 09871-0151 • 98827-3736 • 99903-0929





CLÍNICA MACHADO

RECEITUÁRIO

Habilidades que restaram
Tinha vindo de Oliveira, foi vítima
de acidente de trânsito, fato ocorrido
em 20.10.18 às 12.00HS, tendo sofrido
forte trauma no M^l e n^o S^o, co-
sumo de álcool forte naquele período
que serviu ao fechamento direto e fris-
tura que por sua vez distal do radio
esquerdo, onde foi tratado
cirurgicamente para ressecção osteosí-
tes plásticas para futura e fixaçõe
com complementação com fíbro-
res óssea, onde o traço definitivo
deplata cae de seu lado forte
sobre o seu braço fraturado no
lado, onde apresenta fratura fun-
cional de 90%

10.05.18

Eduardo

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva
Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirúrgica
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PI





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000163/2019-79

Complementar ao BO Nº: 100203.000162/2019-24

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: Kátia Maria Evangelista

Data/Hora: 11/01/2019 - 17:23

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

498971

20/10/2018 - 12:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

PLANALTO URUGUAI

Endereço

AVENIDA ZEQUINHA FREIRE, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MATHEUS TERFOARA VILANOVA VIEIRA OLIVEIRA (15 ANOS)

Tipo Envolv.: VITIMA

Mãe: REJANE BATISTA VIEIRA OLIVEIRA

Pai: MARINETO GOMES DE OLIVEIRA

Endereço: RUA AGENTE MANOEL PROBO PAGADOR, Nº 5231

Complemento: LOTEAMENTO MANOEL EVANGELISTA

Bairro: NOVO HORIZONTE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9866-4986 86-8869-7254

Nome: MARINETO GOMES DE OLIVEIRA

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

Mãe: FILOMENA MARIA DO ESPIRITO SANTOS

Pai: ANTONIO GOMES VILANOVA SOBRINHO

Endereço: RUA AGENTE MANOEL PROBO PAGADOR, Nº 5231

Complemento: LOTEAMENTO MANOEL EVANGELISTA

Bairro: NOVO HORIZONTE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9866-4986 86-8869-7254

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

O DECLARANTE COMUNICA QUE SEU FILHO VÍTIMA QUALIFICADA ACIMA TRAFEGAVA COMO PASSAGEIRO DO VEÍCULO MOTOCICLETA HONDA CG 125 I PLACA PIY-2945-PI DE PROPRIEDADE DE FRANCISCO FABIO VIEIRA E CONDUZIDO POR GUSTAVO PINHEIRO DA SILVA VIEIRA, QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO FOI FAZER UM RETORNO, COLIDIU EM UM VEÍCULO CARRO, QUE CAÍRAM E O PASSAGEIRO FICOU LESIONADO QUE O PASSAGEIRO FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIRO CERTIDÃO 193/2018 E LEVADO PARA O HUT PRONTUARIO 491924. AS DECLARAÇÕES PRESTADAS SÃO DE RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE

Kátia Maria Evangelista - Mat. 0088846
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

MARINETO GOMES DE OLIVEIRA Noticiante
Responsável pela Informação





**CARTÓRIO
IVONE ARAÚJO LAGES
3º CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
3ª CIRCUNSCRIÇÃO DESTA CAPITAL
ESTADO DO PIAUÍ – COMARCA DE TERESINA
Rua Álvaro Mendes, 1431 – Centro – Tel.: 221- 0630**

Ivone Araújo Lages
Oficial do Registro Civil

Tyciana Araújo Lages
Escrivã Substituta



CERTIDÃO DE NASCIMENTO Nº 7362

Certifico que às folhas 162 do livro nº 25-AE do **REGISTRO DE NASCIMENTO** foi lavrado o assento de **MATHEUS TERFOARA VILANOVA VIEIRA OLIVEIRA**, do sexo masculino, nascido no dia 22-03-2003 (vinte e dois de março de dois mil e três), às 00:45h, em Teresina-PI no(a) **MATERNIDADE D.EVANGELINA ROSA**.

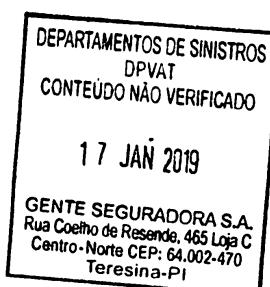
Filho de: **MARINETO GOMES DE OLIVEIRA** e **REJANE BATISTA VIEIRA OLIVEIRA**. Sendo avós paternos: **ANTONIO GOMES VILANOVA SOBRINHO** e **FILOMENA MARIA DO ESPIRITO SANTO** e maternos: **JOSÉ PEDRO VIEIRA** e **MARIA DAS CHAGAS VIEIRA**.

Foi declarante o pai.

Observações: O registro foi feito no dia 4 de julho de 2003.

O referido é verdade e dou FÉ.

REGISTRO DE NASCIMENTO
3º CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
3ª CIRCUNSCRIÇÃO DESTA CAPITAL
ESTADO DO PIAUÍ – COMARCA DE TERESINA
Rua Álvaro Mendes, 1431 – Centro
Teresina – PI



Teresina-PI, 4 de julho de 2003.

Oficial



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FRANCISCO FABRIZIO VIEIRA,
RG nº 2100836, data de expedição 19/09/09,
Órgão SSP PI, portador do CPF nº 959.599.043-49, com
domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de
PIAUI - PI - R-297 CASA-03 DIRCEU ARCOVERDE II, nº _____,
complemento CASA declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
MATHEUS TERESA VILANOVA VIEIRA, cujo o condutor era

GUSTAVO PINHEIRO DA SILVA VIEIRA

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA/CB 125 I CARGO
Ano: 2018
Placa: PJY - 2945
Chassi: 9C2JC6920JR000395

Data do Acidente: 20/10/18

Local e Data: TERESINA - PI, 06/11/2018



Assinatura do Declarante

Gustavo Pinheiro da Silva Vieira

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

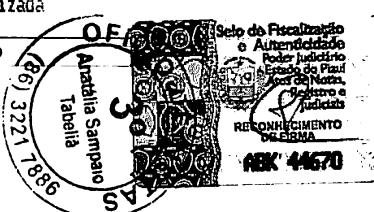
Cartório
Thermótecos
Sampaio
FÁBRICO DE NOTAS
TERESINA CARTÓRIO 3º ÓFICIO DE NOTAS
TITULAR - MATILIA CONCAVES DE SAMPÃO PEREIRA
RUA LIZANDRO NOGUEIRA, 123 CENTRO - CEP: 64000-200 - TERESINA-PI
Fone: (083) 3221-7838 - E-mail: stencimento@cartoriosampaio.com.br

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: FRANCISCO FARO VIEIRA, D.O.U.
FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 06/11/2018. Enc1.:13.71
TJ:0.74 Selco:26 Total:4.71 Selos:ARL 44670 (F51(F636)

JUDITE DE CASTRO CARDOSO Escrevente Autorizada

Tabelia

Escrevente autorizado





ESTADO DO PIAUÍ
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
QUARTEL DO COMANDO GERAL
COMANDO OPERACIONAL



Certidão de Ocorrência nº 193/2018

CERTIFICO, a requerimento da pessoa interessada, o Senhor Marineto Gomes de Oliveira, RG 1.244.222 SSP/PI, CPF 450.769.523-68, residente e domiciliada à Rua Agente Manoel Probo Pagador, nº 5231, bairro Novo Horizonte, no município de Teresina, Estado do Piauí, Telefone (86) 99866-4986, conforme Protocolo nº AA.321.004490/18-29, datado de 08/11/2018, que revendo o Livro de Relatório do Comandante de Socorro nº 293/2018 do 1º Ten. QCOBM ARNALDO Pereira de Vasconcelos, referente ao serviço do dia 20 para o dia 21 de outubro de 2018, foi encontrado o seguinte registro:

I – OCORRÊNCIAS

3 – ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (Queda de Motociclista)

Às 12hs:22min por solicitação da Srª Catarina pelo número (86) 99818-1820 foi deslocado uma Unidade Resgate para Av. Zequinha Freire s/nº bairro Planalto Uruguaí, a fim de atender uma ocorrência de acidente automobilístico (queda de motocicleta). Chegando ao local tratava-se do Senhor Matheus Terfoara Vilanova Vieira Oliveira. RG. 3.700.066 - SSP/PI, residente domiciliar na Q. 297. Cs. 3. bairro Dirceu Arcoverde, pois o mesmo veio a sofrer uma queda em sua motocicleta vindo a sofrer as seguintes lesões fratura no fêmur direito e escoriações nos membros superiores (braços e mãos direita e esquerda), sendo que foi realizado todos os procedimentos de A.P.H, em seguida conduzido até o H.U.T. para que fosse medicado e avaliado e retornaram ao CBMEPI às 13hs:15min.

Teresina-PI, 19 de novembro de 2018

JOSÉ ARIMATEIA REGO DE ARAÚJO – Cel. BM
Comandante Operacional de Bombeiros

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS OPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI



Altan



NOME DO PACIENTE: Mathews Terfara Vilanova
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 491924 - V. Oliveira

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".



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO REINALDO DE SOUSA FILHO - 14/07/2020 15:15:53
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071415144725600000010221555>
Número do documento: 20071415144725600000010221555

Num. 10777617 - Pág. 7

ORTOPEDIA



HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

SUS SUS

Imp: 20/10/2018 13:03:43

(User: VALDENICE MENDES)

(Estação: RECEPCAO01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MATHEUS TERFOARA VILANOVA VIEIRA OLIVEIRA		Prontuário: 491924
Mãe: REJANE BATISTA VIEIRA OLIVEIRA	Pai:	
End. Resid.: QD 297 CS 3 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 22/03/2003	Idade: 15a6m29d	Sexo: Masculino Fone: 86-99586-166
Responsável: O MESMO		CNS: 898003729782594
Profissão: ESTUDANTE		CPF: * RG: 3700066 - SSP PI
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Solteiro(a)
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 690017	Data: 20/10/2018 13:00:38	Condução: AMBULÂNCIA DE RESGATE BOMBEIROS
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid.Trab.: Não	Trajeto?: Não	Tipico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente automobilístico (cava x moto).
Sem uso de capacete, compõe-se spa em prancha rígida e color cervical. Não relata dor à retirada do colar cervical e refre dor intensa em cava direita. Torax estável, abdome flácido e indolor à palpação; pelve estável; dor à imobilização em cava d. Nega confusão mental e náusea.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO			
PA _____ mmHg	P脉: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial: 17 JAN 2019			
CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES: <u>Rx cava d, Rx torax e Rx lúcia.</u>			
RAIO-X REALIZADO: Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Teresina-PI CEP: 64.002-470			
DATA: 20/10/2018 Técnico: [Assinatura]			

ALTA: <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Administrativa <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Por Evasão <input type="checkbox"/> A Pedido	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: <input type="checkbox"/> Transferência:		
	DATA SAÍDA: / / HORA: :		
	<input type="checkbox"/> Internação na Unidade DESTINO: Até 24 Hs Família ÓBITO: De 24 a 48 Hs IML Após 48 Hs Anat. Patol.		
	<input type="checkbox"/> Proced. Solicitado: CID Compatível: 0109050519		

Dr. Mauro André Gonçalves
CRM-PI 6199 / CRM-MA 8596
Assistente
Intercipação:
Cirurgia Geral / Videolaparoscópica

Dr. Ricardo Valenca
CRM: 3766 - TEOT: 11305
Ortopedia - Traumatologia

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

Assinatura Paciente ou Responsável





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

Imp: 20/10/2018 13:03:43
(VALDENICE MENDES)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> MATHEUS TERFOARA VILANOVA VIEIRA OLIVEIRA		<u>Prontuário:</u> 491924
<u>Mãe:</u> REJANE BATISTA VIEIRA OLIVEIRA		<u>Pai:</u> _____
<u>End. Resid.:</u> QD 297 CS 3 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 22/03/2003	<u>Idade:</u> 15a6m29d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86-99586-166
<u>Responsável:</u> O MESMO		<u>CNS:</u> 898003729782594
<u>Profissão:</u> ESTUDANTE		<u>Documento:</u> RG: 3700066 - SSP PI
<u>G. Instrução:</u> Não informado		<u>E.Civil:</u> Solteiro(a)
<u>End. Local.:</u> - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 690017	<u>Data:</u> 20/10/2018 13:00:38	<u>Clas. Cor:</u> Indefinido
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<u>Convênio:</u> S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

<u>Data/Hora Solicitação:</u> ____/____/____ ____:_:_____ <u>ESPECIALISTA:</u> _____
<u>MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:</u> _____ _____
<u>DADOS DO PARECER:</u> <u>Data/Hora:</u> ____/____/____ ____:_:_____
<div style="text-align: right; padding-right: 20px;"><small>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 17 JAN 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI Carimbo/Aassinatura Prof. Parecer</small></div>

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

<u>Data/Hora Solicitação:</u> ____/____/____ ____:_:_____ <u>ESPECIALISTA:</u> _____
<u>MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:</u> _____ _____
<u>DADOS DO PARECER:</u> <u>Data/Hora:</u> ____/____/____ ____:_:_____
<div style="text-align: right; padding-right: 20px;"><small>Carimbo/Aassinatura Solicitante Vd Carimbo/Aassinatura Prof. Parecer</small></div>



PRESCRIÇÃO MÉDICA



Fundação Municipal de Saúde

NOME DO PACIENTE <i>Francisco Reinaldo de Souza Filho</i>	PRONTUÁRIO <i>1012241</i>	D. NASCIMENTO <i>10/12/2005</i>	CLÍNICA <i>HQ</i>	ENE ou APT.	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES <i>Nephro</i>	ALERGIAS	MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE			
PREScrição MÉDICA <i>DATA: 10/01/2020 / HORA:</i>	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES			
<i>Colo de cílio e náuseas</i>					
<p><i>Visto Nutrição</i> <i>Análise Bioquímica</i></p> <p>1 - Dieta geral 2 - SF 0,9% 500ml EV de 12h/2h 3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/6h 4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h 5 - Ramitidina 50mg + ADEV 8/8h 6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h 7 - CCGG + SSVV</p>					
<p>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p> <p>17 JAN 2019</p> <p>GENTE SEGUROADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 LOFT Centro-Norte CEP: 64002-470 Teresina-PI</p>					
<p>Dr. Ricardo Valente Ortopedia - Traumatologia CRM: 3766 - TEOT: 11306</p> <p><i>[Signature]</i></p>					
<p>MÉDICO/CRM: <i>[Signature]</i></p>					





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. N° _____

Proc. N° _____

Rubrica _____

DATA 24/10/18

NOME DO PACIENTE:	<u>Matheus Terpana Vilanova V.</u>	CPF N°: <u>491924</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Fractura Tíbia / Fractura Fíbula</u>	CIRURGIA: <u>TAFI + Fixador + Enxerto Os</u>
ANESTESIA:	<u>Ketamina + SedacS</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO:	<u>R: Joel</u>	CPF N°:
AUXILIAR:	<u>M: Chaves</u>	CPF N°:
ANESTESIA:	<u>R: Henrique</u>	CPF N°:
INSTRUMENTADORA:	<u>Jenilice DR. JOEL CAMPOS NETO ORTOPEDISTA / CRM-PI 1930 SUS AMBULATÓRIO / UNEU ARAÚJO OUTROS MEDCENTER 2107.4741</u>	CRFNº: <u>17 JAN 2019</u>

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 topo C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Tel.: 0800-000-0000

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	06		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	20	UNID.	01	<u>Mediane ceras</u>	UNID.	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Até clive grande 2cm</u>	UNID.	01	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>algodão sintético</u>	UNID.	02	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	2.0	UNID.	04				
FITA UMBILICAL							
VICRYL	0	UNID.	04				
PROLENE							

DR. JOEL CAMPOS NETO
ORTOPEDISTA / CRM-PI 1930
SUS AMBULATÓRIO / UNEU ARAÚJO
OUTROS MEDCENTER 2107.4741

OLARANTE: Jane Korte

MOD - 094





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente		
Diagnóstico pré-operatório <i>Ranha branca, Reta / Ranha branca esquerda</i>		
Operação - Tipo <i>NANI A PÉS / OSTEOTOMIA Lateral / APLI. FIMOS ESCOLAS</i>		
Cirurgião <i>DJL CAMPOS</i>	1º Assistente <i>SA CRISTINA</i>	
2º Assistente <i>DR. MANOEL VIANA</i>	3º Assistente <i>NEILSON</i>	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Data da Operação	<i>DR. JOEL CAMPOS / CRM-PI 15300 / SIS. AMBULATÓRIO MOCANTER 2107471</i>	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
<p style="text-align: right;">DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 17 JAN 2019</p> <p style="text-align: right;">GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI</p>		
Acidente Durante a Operação		
<p style="text-align: center;">Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Echamento)</p> <p>1. DNH ligadura + Sutura</p> <p>2. lig. artz tibia, bacia anter 1/2 - Dr. DJL DR. JOEL CAMPOS / CRM-PI 15300 / SIS. AMBULATÓRIO MOCANTER 2107471</p> <p>3. bacia liga + bacia - Dr. DJL DR. JOEL CAMPOS / CRM-PI 15300 / SIS. AMBULATÓRIO MOCANTER 2107471</p> <p>4. drenagem liga fixa de bacia</p> <p>DJL</p>		

Mod. 76 HUT



HUT	FICHA DE ANESTESIA			FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA SERVIÇO DE ANESTESIA						
Name: MATHEUS T. V. V. G. Oliveira	Sala: 5	Alergia: NÃO INFORMOU	Data: 29/10/18							
Procedimento: Desesfazendo Fêmur D G Numb (E)	Cirurgião: JOSÉ	Observações:								

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 FENTANIL	01	100	mg										
2 Midazolam	01	2	mg										
3 Bupivacaina 0,5%	01	15	mg										
4 Morfina	01	100	mcg										
5 Cetapriliva	02	2	g										
6 Rauatidina	01	50	mg										
7 Dexamedetomidina	01	10	mcg										
8 Nitroglicerina	02	2	g										
9 Fentometorfo	01	100	ml										
10 Protocolo	01				100	ml							
11													
12													
13													
Oxigênio													
AR/N2O													
Volatile	%												

DEPARTAMENTOS DE SANITROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 JAN 2010
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 463 Lote C
Centro-Norte CEP: 65.002-470
Teresina-PI

Acesso Vascular
 Periférico **140**
 Cat. Venoso nº **20G**
 Dificuldade aces. 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 **jGOLAC**

Decúbito: **ODH**

SPO2 (%)	99.	99.	99.	99.	98.	99.	99.
ETCO2 (mmHg)							
Aces. Venoso	5F 800	+ 80					
Aces. Venoso							
Diurese							
Perdas Sanguíneas							

Descrição da Anestesia: 1) Monitorado punt. + caro oral. 2) Monitorização 3) Raquianestesia **jGOLAC** crita c/ 0,05%
via mediana L4 L5. 4) ATP + Sintomáticos 5) Sedação 6) O2 nos catéter nasal 2L/min

Dr. Henrique Rocha
Médico Anestesiologista
CRM-PI: 160 / RQE: 3811





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: **MATHEUS TERFOARA VILANOVA VIEIRA OLIVEIRA** (Prontuário:
Endereço: QD 297 CS 3 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 22/03/2003 Idade: 15a7m17d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 690017
Requisição: 884877 Solicitação: 20/10/2018 Solicitante: RICARDO SOARES VALENÇA
Controle: 1096593 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 20/10/2018

PUNHO ESQUERDO

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

- Fratura impactada distal do rádio.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento do volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)



TERESINA - PI 08/11/2018
JOELSON OLIVEIRA MOREIRA
CPF: 335.029.603-80 CRM 2353
Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO REINALDO DE SOUSA FILHO - 14/07/2020 15:15:53
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007141514472560000010221555>
Número do documento: 2007141514472560000010221555

Num. 10777617 - Pág. 14



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: **MATHEUS TERFOARA VILANOVA VIEIRA OLIVEIRA** (Prontuário:

Endereço: QD 297 CS 3 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 22/03/2003 Idade: 15a7m17d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 690017

Requisição: 884870 Solicitação: 20/10/2018 Solicitante: MAURO ANDRE GONÇALVES CARVALHO E SILVA

Controle: 1096583 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 20/10/2018

COXA DIREITA

O estudo radiológico da coxa direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura alinhada na diáfise do fêmur.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento do volume das partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 08/11/2018

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável





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: **MATHEUS TERFOARA VILANOVA VIEIRA OLIVEIRA** (Prontuário:

Endereço: QD 297 CS 3 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 22/03/2003 Idade: 15a7m17d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 225468

Requisição: 886054 Solicitação: 24/10/2018 Solicitante: JOEL CAMPOS NETO

Controle: 1098239 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 237 EXTRA 002

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 24/10/2018

PUNHO ESQUERDO

O estudo radiológico do punho esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura impactada distal do rádio, fixada com fios metálicos.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento do volume de partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 08/11/2018

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

17 JAN 2019

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO REINALDO DE SOUSA FILHO - 14/07/2020 15:15:53
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007141514472560000010221555>
Número do documento: 2007141514472560000010221555

Num. 10777617 - Pág. 16



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: **MATHEUS TERFOARA VILANOVA VIEIRA OLIVEIRA** (Prontuário:
Endereço: QD 297 CS 3 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 22/03/2003 Idade: 15a7m17d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 225468
Requisição: 886054 Solicitação: 24/10/2018 Solicitante: JOEL CAMPOS NETO
Controle: 1098240 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 237 EXTRA 002

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060117

Data Exame: 24/10/2018

FEMUR DIREITO

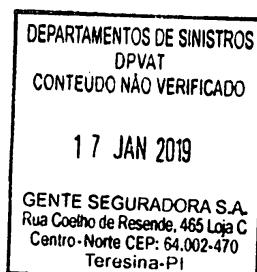
O estudo radiológico do fêmur direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura alinhada na diáfise do fêmur, fixada com placa e parafusos metálicos.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento do volume das partes moles.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 08/11/2018

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA
CRF: 335.029.603-30 CRM 2353
Professional Responsável





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:	Nome completo da vítima: maelheus Teresina Vilanova Vilena Oliveira		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO)-CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: maelheus Teresina Vilanova Vilena Oliveira		CPF:		
Profissão: Estudante	Endereço: Av. Agentes manuel Probo Pagado	Número: 5231	Complemento: Casa	
Bairro: Novo Monteiro	Cidade: Teresina	Estado: PI	CEP: 64079 - 185	
E-mail:	Tel.(DDD): (86) 99534-6565			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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) Caba Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **3389** CONTA: **23058** **4**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência de quadro de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de certa duração da cultura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JAN 2019

GENTE SEGURADORA

Teresina-PI

002-470

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 Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Teresina - Piauí 36/01/19	TESTEMUNHAS
Nome: marcelo aomes de oliveira	1º Nome: _____
CPF: 450.769.523-68	CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
Assinatura do Representante Legal (se houver)	
Assinatura do Procurador (se houver)	
Assinatura	

(*) 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.



----- DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO -----
0002847 SUP CARVALHO PQ PI 11/01/2019
CAIXA
11:40:10 (Horário de Brasília)
-----7628

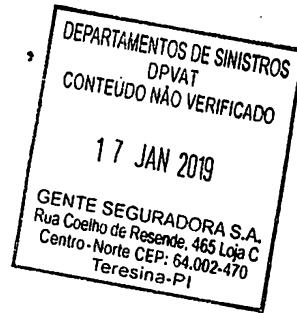
Saldo N. 93020001-3884

AGENCIA : 3388 - DIRCEU ARCOVERDE, PI
CONTA : 013 00023058-4
CLIENTE : MARINETO GOMES DE OLIVEIR

SALDO ATÉ A DATA DE: 11/01/2019
DISPONIVEL
DEBITO A CONFIRMAR
CREDITO A CONFIRMAR....
BLOQUEADO.....
TOTAL.....
LIMITE CHEQUE ESPECIAL.

Informações importantes no verso.

www.banco24horas.com.br
Impressão em papel termossensível com
vida útil de 5 anos. Evite contato com
plásticos, produtos químicos, exposição
ao calor, umidade, luz do sol e lâmpadas.



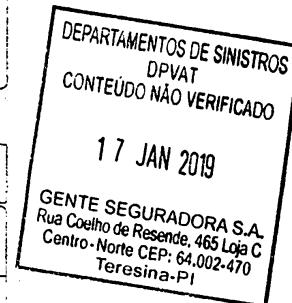
**Aguas de
Teresina**

CNPJ 27157474000100
Endereço: Avenida 1035, Picanha - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

TC 1.37
2018017893533

MATRÍCULA 23417595-8
FATURA Nº 153034925
MÊS/ANO 10/2018

NOME/ENDEREÇO MORADOR MÁRINETO GOMES DE OLIVEIRA RUA AGENTE MANOEL PROBO PAGADOR 5231-NOVO HORIZONTE-TERESINA-PI-cep:64079185																																			
LOCALIZAÇÃO 009-00009-001925	GRUPO 009	NÚMERO DO HIDRÔMETRO A09X218416																																	
HISTÓRICO DE CONSUMO MÊS/ANO TIPO LIDO FATURADO 09/2018 Lido 15 15 08/2018 Lido 13 13 07/2018 Lido 13 13 06/2018 Lido 13 13 05/2018 Lido 13 13 04/2018 Lido 12 12																																			
DATA ANTERIOR 15/09/2018 ATUAL 17/10/2018		LEITURA 1558 1572																																	
		CONSUMO MÊS 13 14																																	
ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA 1 Residencial - Normal LD 12741/2012 PIS/PASEP 7,72% \times 0,78 COFINS 47,72% \times 3,62																																			
TABELA DE TAXAS																																			
RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E (M) 0 10 2.6510 50 10 25 4.9480 50 25 999999 0.5380 50																																			
DESCRIÇÃO VALOR REFERENTE ÁGUA - 46,27 > Residencial-Normal 14,0 m ³ 46,27 JUROS POR ATRASO 08/2018 0,60 MULTA POR ATRASO 08/2018 0,85																																			
NÃO RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$ /M3 E (M)																																			
VENCIMENTO 29/10/2018 TOTAL A PAGAR 47,72																																			
IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES																																			
MENSAGEM NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 1 DÉBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE. PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.																																			
NOTIFICAÇÃO																																			
Após 30 dias do vencimento, o não pagamento dessa fatura podechará e suspenção dos serviços. Conforme Lei Federal nº 11.446/2007, Art 40, inciso V, art 6.667 95 Art. 5º SB - Inciso																																			
CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PARÂMETROS</th> <th>AMOSTRAS REALIZADAS</th> <th>AMOSTRAS EM CONFORMIDADE</th> <th>AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE</th> <th>MÉDIA / MÊS</th> <th>VALOR PERMITIDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CLORO LIVRE</td> <td>3.120</td> <td>3.114</td> <td>6</td> <td>1,37</td> <td>0,20-5,00 mg/L</td> </tr> <tr> <td>COR APARENTE</td> <td>3.072</td> <td>3.032</td> <td>40</td> <td>5,94</td> <td>Inferior a 15,00</td> </tr> <tr> <td>pH</td> <td>3.096</td> <td>3.039</td> <td>57</td> <td>6,87</td> <td>6,00-9,50</td> </tr> <tr> <td>TURBIDEZ</td> <td>3.122</td> <td>3.096</td> <td>26</td> <td>1,04</td> <td>Inferior a 5,00</td> </tr> </tbody> </table>						PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO	CLORO LIVRE	3.120	3.114	6	1,37	0,20-5,00 mg/L	COR APARENTE	3.072	3.032	40	5,94	Inferior a 15,00	pH	3.096	3.039	57	6,87	6,00-9,50	TURBIDEZ	3.122	3.096	26	1,04	Inferior a 5,00
PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO																														
CLORO LIVRE	3.120	3.114	6	1,37	0,20-5,00 mg/L																														
COR APARENTE	3.072	3.032	40	5,94	Inferior a 15,00																														
pH	3.096	3.039	57	6,87	6,00-9,50																														
TURBIDEZ	3.122	3.096	26	1,04	Inferior a 5,00																														
CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>PARÂMETROS</th> <th>AMOSTRAS REALIZADAS</th> <th>AMOSTRAS EM CONFORMIDADE</th> <th>AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE</th> <th>MÉDIA / MÊS</th> <th>VALOR PERMITIDO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>COLIFORMES TOTAIS</td> <td>914</td> <td>910</td> <td>4</td> <td>Ausencia</td> <td>Ausente</td> </tr> <tr> <td>ESCHERICHIA COLI</td> <td>914</td> <td>914</td> <td>0</td> <td>Ausencia</td> <td>Ausente</td> </tr> </tbody> </table>						PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO	COLIFORMES TOTAIS	914	910	4	Ausencia	Ausente	ESCHERICHIA COLI	914	914	0	Ausencia	Ausente												
PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO																														
COLIFORMES TOTAIS	914	910	4	Ausencia	Ausente																														
ESCHERICHIA COLI	914	914	0	Ausencia	Ausente																														
DATA DA EMISSÃO: 17/10/2018 HORA DA EMISSÃO: 09:35																																			



TC 1.37 2018017893533

**Aguas de
Teresina**

MATRÍCULA 23417595-8	FATURA Nº MÊS / ANO 153034925 10/2018
-------------------------	--

VENCIMENTO

29/10/2018

VALOR A PAGAR

47,72

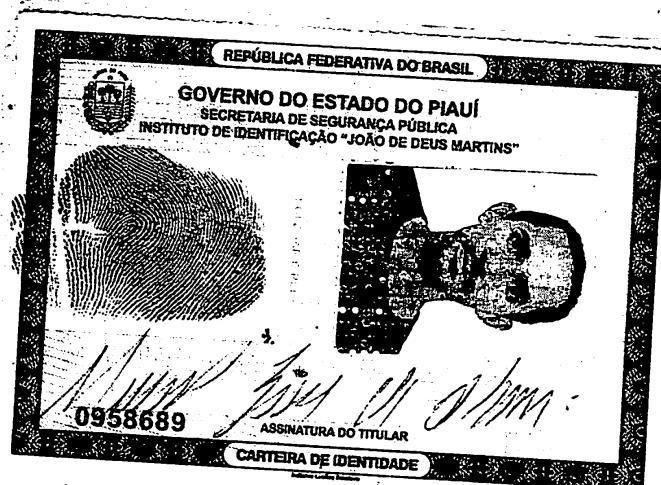
82630000000-5 4772153000-0 00201815303-7 49250100104-3



AVISO DE DÉBITO ***

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





DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	1.244.222	DATA DE EXPEDIÇÃO	25/08/16
NOME			
MARTINETO GOMES DE OLIVEIRA			
FILIAÇÃO			
FILOMENA MARIA DO ESPIRITO SANTO			
ANTONIO GOMES VILANOVA SOBRINHO			
NATURALIDADE	SÃO GONÇALO DO RIAUÍ-PI	DATA DE NASCIMENTO	
		30/09/1974	
DOC. ORIGEM	CERT. CASAM. 4299 1 118A/F 13		
CPF	EXP TERESINA-PI 14709702337		
450.769.523-68		MARCUS ANTONIO GOMES VILANOVA SOBRINHO	
0958689		ASSINATURA DO DIRETOR	

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 JAN 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190042240 Vítima: MATHEUS TERFOARA VILANOVA VIEIRA OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/10/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). MARINETO GOMES DE OLIVEIRA

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\$ 3.206,25

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: MARINETO GOMES DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 3.206,25

Banco: 104

Agência: 000003389

Conta: 0000023058-4

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale a 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, retorno 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,





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190042240 Vítima: MATHEUS TERFOARA VILANOVA VIEIRA OLIVEIRA

Data do Acidente: 20/10/2018 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). MARINETO GOMES DE OLIVEIRA

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Per

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =

Recebedor: MARINETO GOMES DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003389

Conta: 0000023058-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro

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:

Seguradora Elder BI VA



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO REINALDO DE SOUSA FILHO - 14/07/2020 15:15:53
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071415144771500000010221557>
Número de documento: 20071415144771500000010221557

Num. 10777619 Pág. 1

PROCURAÇÃO “AD-JUDICIA ET EXTRA”

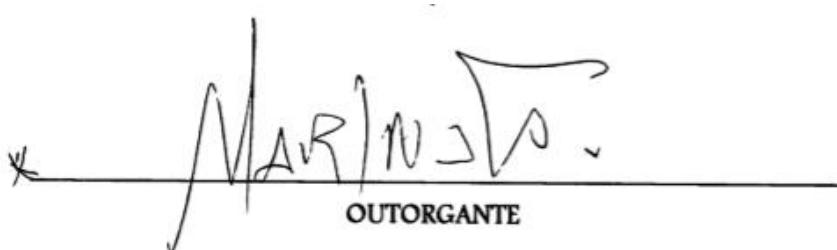
OUTORGANTE: MATHEUS TERFOARA VILANOVA VEIRA OLIVEIRA, brasileiro, RG Nº 3700066, menor impúbere, neste ato representado por seu genitor, **MARINETO GOMES DE OLIVEIRA**, inscrito sob o CPF nº 450.769.523-68, residente e domiciliado na Rua Agente Manoel Probo Pagador, nº 5231, Novo Horizonte, CEP: 64.079-185, Teresina – PI.

pelo presente instrumento de procuração, ao final assinado, nomeia e constitui seu bastante procurador

OUTORGADOS: FRANCISCO REINALDO DE SOUSA FILHO, advogado inscrito sob OAB/PI nº 17.395, com escritório localizado à rua Belarmino Braga, nº 7752, São Sebastião, Teresina-PI,

a quem confere amplos e ilimitados poderes, para o foro em geral, com a “**cláusula Ad Judicia Et Extra**” a fim de que possa defender os interesses e direitos do outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o outorgante seja autor ou reclamante, e defendendo-os quando for réu, interessado ou requerido, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromissos, prestar declarações, receber quitação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Teresina, 20 de junho de 2020.



A handwritten signature in black ink, appearing to read "MARINETE GOMES DE OLIVEIRA". Below the signature, the word "OUTORGANTE" is printed in capital letters.

