
Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190701652

Vítima: MARINALDA PEREIRA DA COSTA

Data do Acidente: 16/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARINALDA PEREIRA 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

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190701652

Vítima: MARINALDA PEREIRA DA COSTA

Data do Acidente: 16/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARINALDA PEREIRA DA COSTA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **MARINALDA PEREIRA DA COSTA**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **000000029**

Conta: **00000275074-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

686.491.693-68 *Manoel da Costa*

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

Manoel da Costa 686.491.693-68

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

Porto Alegre *R. Cajuru* *7757* *Casa*

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Pelha Melo *Teresina* *PI* *64066-030*

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

lois@seguros2@hotmail.com *(86) 99534-6565*

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 275074

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Nome do BANCO: 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.

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

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

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

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

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

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

37 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

38 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Teresina - PI 12/12

Manoel da Costa

CAIXA

POUPANÇA



6277 8015 2980 6733

VALIDADE 6277

6277

MARINALDA P C RODRIGUES

0029 013 00275074-0

elo



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003738/2019-05

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO, pelo Registro: Narceiza De Maria Chaib Lima

Data/Hora: 30/09/2019 - 08:31

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV: DESEMBARGADOR FREITAS, Nº:

Complemento

Data/Hora

16/09/2019 - 23:55

566884.

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: MARINALDA PEREIRA DA COSTA

RG: 1385037 SSPI PI

Mãe: MARIA PEREIRA DA COSTA

Endereço: RUA LAJEIRO NA VILA NOVA, Nº 2397

Bairro: PEDRA MOLE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-8827-0783

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA BIZ ANO 2008, PLACA-NIT-5540-PI, DE PROPRIEDADE DE SUA FILHA. JOALDA DA COSTA RODRIGUES, CPF-03760505350, INFORMA QUE TRAFEGAVA NA VIA ACIMA CITADA, QUANDO UMA VEICULO NAO IDENTIFICADO, BATEU NA MOTO DA NOTICIANTE, SENDO SOCORRIDA POR TERCEIRO E LEVADA PARA O HOSPITAL DO SATELITE E TRANSFERIDA PARA O HUT. PRONTUARIO.494225, FATO TESTEMUNHADO POR.DIEGO NASCIMENTO SOUSA. CPF-060.592.933-52. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat.
ESCRIVÃO DE POI

Marinalda Pereira da Costa
MARINALDA PEREIRA DA COSTA - Noticiante
Responsável pela Informação

Luccy Kelko Leal Paraiiba
Luccy Kelko Leal Paraiiba
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0029 CONTA: 275074 0 AGÊNCIA: CONTA:

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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 - 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 17/09/2019 00:03:54

(User: ALMIR FILHO)

(Estação: GESS002)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	MARINALDA PEREIRA DA COSTA RODRIGUES			Prontuário:	494225
Mãe:	MARIA PEREIRA DA COSTA	Pai:			
End.Resid.:	RUA LAJEIRO N 2397 - PEDRA MOLE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010				
Nascimento:	25/06/1971	Idade:	48a2m21d	Sexo:	Feminino
Responsável:	LUCIANO	CNS:	700500728695650		
Profissão:	PORTEIRA	Documento:	CPF: 686.491.693-68		
G. Instrução:	Médio Incompleto	E.Civil:	Casado(a)		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	741826	Entrada:	16/09/2019 23:55:43	Convênio:	S U S	Proced:	0301060061
Motivo da Procura	(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC						
Condução:	VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS						

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

paciente vítima de queda de moto, com trauma, dor e ferimento já suturado em 5ºquirodactilo esquerdo

Alm. Alves Rebelo Filho
Médico - Traum. Ortop.
SANE - HUT
CRM PI 2972

Diagnóstico Inicial:	CID:
----------------------	------

Exames Complementares:

- (1311779) - DEDO OU QUIRODACTILO ESQUERDO
- (1311780) - MAO DIREITA
- (1311781) - DEDO OU QUIRODACTILO ESQUERDO

RAIO X REALIZADO
DATA 16/09/19
TÉCNICO: *meu*

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

ALMIR ALVES REBELO FILHO
CRM PI 2972 Em: 17/09/2019 00:03:53

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARINALDA PEREIRA DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000275074-0

Nr. da Autenticação 2BD7F4989CB928A6

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de imposto instituído pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 027311052

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 20 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	20-09-2019	207	229,26

MARINALDA PEREIRA DA COSTA RODRIGUES
R. LAJEIRO 7757 7757 PEDRA MOLE
CPF: 00068649169368

CEP: 64.066-030 - TERESINA

ROT: 11.001.42.47.014400

DADOS DE LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	7872	Atual:	13/09/2019
Anterior:	7665	Anterior:	14-08-2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	15-10-2019
Consumo Medido:	207	Emissão:	12-09-2019
Consumo Faturado:	207	Apresentação:	13-09-2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	30
	Código de Irregularidade:		

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.
RESIDENCIAL	MONO	A1831841		1.1.1.1
				212

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
AGO/19	180	CONSUMO 207 A R\$ 0,974683 =	201,75
JUL/19	184	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	16,27
JUN/19	170	CORRECAO MONETARIA DA 07/19-00	0,04
MAI/19	176	CORRECAO MONETARIA IG 07/19-00	1,92
ABR/19	164	MULTA POR ATRASO DE I 07/19-00	0,27
MAR/19	190	JUROS DE MORA ATRASO 07/19-00	0,05
FEV/19	204	MULTA POR ATRASO 07/19-00	6,56
JAN/19	280	JUROS POR ATRASO 07/19-00	2,40
DEZ/18	227	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	8,27
NOV/18	290		

TARIFA SOCIAL BOMBA
R\$ 207 - 0,000310

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 20-09-2019. O não pagamento por 30 dias também é inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/TABULOS - R\$			
Distribuição:	39,69	Base de Cálculo:	201,75	147,28			
Energia:	76,67	Alíquota ICMS:	27,00%				
Transmissão:	12,96	Valor do ICMS:		54,47			
Encargos:	6,34	Valor do PIS:	1,40%	2,07			
Tributos:	66,09	Valor do COFINS:	6,43%	9,55			
INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIK	FIC	DMC	DMC			
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Limite:	5,19	10,39	20,77	3,30	6,60	13,20	2,94
Atualizado:	0,00			0,00			
Conjunta:	POTY			Período de aplicação:	07/2019		65,15

ROT: 11.001.42.47.014400

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 07.640.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.307.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ 06/98

Para contato
contato, informe
o número

SEU CÓDIGO

0051869-7

Nº da Nota Fiscal 030476502

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	02/12/2019	277	300,63

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual	22101	Atual	25/11/2019
Anterior	21824	Anterior	24/10/2019
Constante de Multiplicação	1,000	Próxima Leitura	24/12/2019
Consumo Medido	277	Emissão	22/11/2019
Consumo Faturado	277	Apresentação	25/11/2019
Forma de Pagamento	NORMAL	Dias de Consumo	32
Código de Irregularidade			

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1
				Média 12 meses
				234

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Máximo consumo		CONSUMO	277 A R\$ 0,968508 = 268,27
OUT/19	394	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	21,64
SET/19	368	MULTA POR ATRASO DE 1 10/19-00	0,60
AGO/19	285	JUROS DE MORA ATRASO 10/19-00	0,20
JUL/19	222	MULTA POR ATRASO 10/19-00	7,44
JUN/19	205	JUROS POR ATRASO 10/19-00	2,48
MAI/19	204	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,90
ABR/19	178	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	9,01
MAR/19	243		
FEV/19	297		
JAN/19	365		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 277 - 0,651161

PARABENS! VOCÊ RECEBEU A NOTIFICAÇÃO DE VENCIMENTO DA MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 22/11/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO C07F.68BB.D7CC.4751.9CAA.4CS4.585B.9003

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	52,75	Base de Cálculo	268,27
Energia	101,95	Alíquota ICMS	27,00%
Transmissão	17,24	Valor do ICMS	72,43
Encargos	8,44	Valor do PIS	2,75
Tributos	87,89	Valor do COFINS	12,71

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DAC			FC			DRE	
	Atual	Trimestral	Anual	Atual	Trimestral	Anual	Atual	Anual
Índice	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado	0,00			0,00			0,00	

Conjunta TERESINA-MACALIBA Período de operação 09/2019 130,30

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maunilda Pereira Da Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 686.491.693 / 68 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Maunilda Pereira Da Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 686.491.693 / 68 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua 24 De Janeiro</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>Sala</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 13 de Dezembro de 2019
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

Alta



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Marinaldo Pereira da Costa
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 494225

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



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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 17/09/2019 00:03:54

(User: ALMIR FILHO)

(Estação: GESS002)

Nome: **MARINALDA PEREIRA DA COSTA RODRIGUES**

Prontuário: **494225**

Mãe: **MARIA PEREIRA DA COSTA**

Pai:

End. Resid.: **RUA LAJEIRO N 2397 - PEDRA MOLE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010**

Nascimento: **25/06/1971**

Idade: **48a2m21d**

Sexo: **Feminino**

Fone: **86-88245-306**

Responsável: **LUCIANO**

CNS: **700500728695650**

Profissão: **PORTEIRA**

Documento: **CPF: 686.491.693-68**

G. Instrução: **Médio Incompleto**

E. Civil: **Casado(a)**

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: **741826**

Entrada: **16/09/2019 23:55:43**

Convênio: **S U S**

Proced: **0301060061**

Motivo da Procura

(Conforme Paciente/Acomp): **ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC**

Condução: **VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS**

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:

Classificação:

Cor:

Indefinido

Breve História Clas. Risco:

SSVV:

(Hora: ____:____)

Peso: **0,00 Kg**

Altura: **0,00 M**

IMC: **0,00 Kg/m2**

Pulso: **bmp**

Pressão: **mmHg**

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

paciente vítima de queda de moto, com trauma, dor e ferimento já suturado em 5ºquirodactilo esquerdo

Assinatura: *[Assinatura]*
Data: 16/09/2019
Hora: 23:55:43
Local: GABE - HUT
CRM PI 2972

Diagnóstico Inicial:

CID:

Exames Complementares:

(1311779) - DEDO OU QUIRODACTILO ESQUERDO

(1311780) - MAO DIREITA

(1311781) - DEDO OU QUIRODACTILO ESQUERDO

RAIO X DE DEDO
DATA 16/09/2019
TÉCNICO *[Assinatura]*

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____:____

Assinatura Paciente ou Responsável

ALMIR ALVES REBELO FILHO
CRM PI 2972 Em: 17/09/2019 00:03:53



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



FMS
Fundação Municipal
de Saúde

Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 17/09/19

NOME DO PACIENTE: <u>Maurício Pereira da P. Rodrigues</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>494225</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Cat Externa 5º e 12º</u>	CIRURGIA: <u>LRC + Osteomielite</u>
ANESTESIA: <u>Propofol + Fentanyl</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Almir</u> CRM-PI 2972	CPF Nº _____
AUXILIAR: <u>Almir Alves Rebelo Filho</u> Ortopedia - Traumatologia	CPF Nº _____
ANESTESIA: _____	CPF Nº _____
INSTRUMENTADORA: <u>Fernanda</u>	CPF Nº _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI N. 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7,0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 8,0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
ÁLCOOL 70%	ML	150		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	60		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<u>Atadura crepou</u>	-	01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA <i>Atividade de Monitoramento de Qualidade</i> MANEJO DO PACIENTE SAÚDE - HUT <i>[Assinatura]</i>			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 3-0	-	01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>Flávia</u>			
PROLENO							

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

☐	Mudança de Procedimento	☐	Órtese e prótese - OPME
☐	Diária de UTI	☐	Fatores de Coagulação
☐	Diárias de Acompanhante	☐	Gasoterapia
☐	Hemoderivados	☐	Nutrição Parenteral / Enteral
☐	Díálise / Hemodíálise	☐	Procedimento fora da faixa etária
☐	Albumina Humana 20%	☒	<i>Exo do Jansen 100</i>

HOSPITAL: HUT CNPJ: _____
 PACIENTE: Marinalda Pereira da Costa Rodrigues Nº AIH: _____
 PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCED. SOLICITADO: _____
 MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

*Paciente com fratura de
 5º e 6º metacarpo de costela*

Almir Alves Rebelo Filho
 CRM-PI 2012
 Ortopedia - Traumatologia

DATA: _____

Assinatura do Médico Solicitante

AUDITOR

Almir Alves Rebelo Filho
 CRM-PI 2012
 Ortopedia - Traumatologia

DATA: _____

Assinatura do Médico Solicitante



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

243340

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

247644

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MARINALDA PEREIRA DA COSTA RODRIGUES

6 - Prontuário: 494225

7-CNS: 700500728695650

8-Nascimento: 25/06/1971

9-Sexo: Feminino

CPF: 686.491.693-68

11-Mãe: MARIA PEREIRA DA COSTA

12-Fone: 86-88245-306

13-Resp: LUCIANO

14-Cor: Sem Informação

15-End: RUA LAJEIRO N 2397 - PEDRA MOLE - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

PACIENTE VITIMA DE FERIMENTO, DOR E DEFORMIDADE EM 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA

21 - Condições que justificam a internação:

NECESSIDADE DE CIRURGIA

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

RX--FRATURA DO 5º QDE

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura de outros dedos

24-CID Prim:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

S626

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

0408020342

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO)

Tempo SUS
2

29-Clinica:

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

02 01

CPF: 772.586.903-44

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

ALMIR ALVES REBELO FILHO

17/09/2019

Almir Alves Rebelo Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PI 2972

35-Ass.Carimbo Méd. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete:

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (ALMIR FILHO)

Consulta Local: 741826

Consulta SUS:

Impressão: 17/09/2019 00:42:35



PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Marinalda Pereira da C. Rodrigues</i>				Nº DE REGISTRO																																																																													
DATA: <i>17/10/19</i>	P. ARTERIAL <i>120/80</i>	PULSO <i>72</i>	RESPIRAÇÃO <i>18</i>	TEMPERATURA	PESO <i>57 kg</i>	ALTURA																																																																											
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA																																																																											
EXAMES DE URINA																																																																																	
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>NI alt</i>																																																																																	
SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>NI alt</i>					ELETROCARDIOGRAMA <i>normal</i>																																																																												
SISTEMA RESPIRATÓRIO <i>—</i>					ASMA <i>nao</i>	BRONQUITE <i>nao</i>																																																																											
SISTEMA DIGESTIVO <i>—</i>				SISTEMA URINÁRIO <i>—</i>																																																																													
ESTADO MENTAL <i>paciente 15</i>				CORTICOIDES <i>—</i>	ATARAXICOS <i>—</i>	OUTROS <i>—</i>																																																																											
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>nut. moder. 5: pulm. má E</i>					FÍSICOS <i>—</i>																																																																												
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) <i>—</i>				APLICADO AS <i>—</i>	EFEITOS <i>—</i>																																																																												
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15																																																													TOTAL DE DOSES
1	2	3				4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15																																																																
LÍQUIDOS		SO-LITO 500 SANGUE 300 OUTROS 100				<i>1. upacelina 2g</i> <i>2. diprivan 2g</i> <i>3. demerol 10mg</i> <i>4. ranitidina 30mg</i> <i>5. morfina 20mg</i>																																																																											
TEMPERATURA T	Cº	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10																																																																															
P. ARTERIAL V O PULSO	38	2 1																																																																															
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						SEQUÊNCIA																																																																											
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						<i>1. insufl. pulm. + man.</i> <i>2. anestes. inal.</i> <i>3. anest. geral</i> <i>4. insufl. pulm.</i> <i>5. insufl. pulm.</i> <i>6. pulm. pulm.</i> <i>7. pulm. pulm.</i> <i>8. pulm.</i> <i>9.</i> <i>10.</i> <i>11.</i> <i>12.</i> <i>13.</i> <i>14.</i> <i>15.</i>																																																																											
RESPIRAÇÃO O																																																																																	
SÍMBOLOS					DURAÇÃO <i>20'</i>																																																																												
TÉCNICAS <i>local</i>					INCIDENTE - ACIDENTE CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS <i>avordante, NI guelmas, humal moral</i>																																																																												
OPERAÇÕES <i>0. 5 pulm. man. 10g</i>																																																																																	
CIRURGIÕES <i>edmet</i>																																																																																	
ANESTESISTAS <i>Dra. Yanna Gomes ANESTESIOLOGISTA CRM-PI 5035</i>																																																																																	
<i>paciente 15, insufl. pulm. 10. mod. avord. ant. NI insufl</i>																																																																																	
PARITICULARIDADES																																																																																	

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Marinalda Pereira da Costa Rodrigues</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Prost. Exposta G3 e b1</i>		
Operação - Tipo <i>RMCT + artroscopia</i>		
Cirurgião <i>R. Almir</i>	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Funanda</i>	Anestesista <i>Dr. Yana</i>	Anestesia <i>Local</i>
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>17/09/19</i>	Início <i>01:05</i>	Fim <i>01:40</i>
Diagnóstico Pós-operatório <i>Amarelo</i>		

Relatório Imediato do Patologista
Acidente Durante a Operação

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

*Paciente em PDH de anedonia
transiente, insone, autismo, cabra
dos corpos estere, surdez G3 e b1,
Redução posterior no estômago,
fístula, curativo, G3*

Almir Alves Rebelo Filho
Otorrinolaringologista
CRM-RR 2012


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: **MARINALDA PEREIRA DA COSTA RODRIGUES** (Prontuário: 494225)
 Endereço: RUA LAJEIRO N 2397 - PEDRA MOLE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 25/06/1971 Idade: 48a2m25d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 741826
 Requisição: 1001280 Solicitação: 16/09/2019 Solicitante: ALMIR ALVES REBELO FILHO
 Controle: 1311782 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040094

Data Exame: 16/09/2019

MAO DIREITA

O estudo radiológico da mão direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Fratura completa recente na falange distal do 5º quirodáctilo com desvio.
- Aumento de volume das partes moles.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 20/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Recebido em 20/09/2019
 Material: 69004
 SANE - HUT
 11/09/2019 10:00:00

**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: **MARINALDA PEREIRA DA COSTA RODRIGUES** (Prontuário: 494225)
Endereço: RUA LAJEIRO N 2397 - PEDRA MOLE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 25/06/1971 Idade: 48a2m25d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 741826
Requisição: 1001280 Solicitação: 16/09/2019 Solicitante: ALMIR ALVES REBELO FILHO
Controle: 1311783 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040086

Data Exame: 16/09/2019

DEDO OU QUIRODACTILO DIREITO

O estudo radiológico do dedo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura completa recente na falange distal do 5º quirodáctilo com desvio.
- Aumento de volume das partes moles.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 20/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARINALDA PEREIRA DA COSTA RODRIGUES** (Prontuário: 494225)
Endereço: RUA LAJEIRO N 2397 - PEDRA MOLE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 25/06/1971 Idade: 48a2m25d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 247644
Requisição: 1001325 Solicitação: 17/09/2019 Solicitante: ALMIR ALVES REBELO FILHO
Controle: 1311840 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 SUPLEMENTAR EXTRA 007

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040086

Data Exame: 17/09/2019

DEDO OU QUIRODACTILO ESQUERDO

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

- Fratura recente alinhada na falange distal do 5º quirodáctilo fixada com fio metálico.
- Aumento de volume das partes moles.

CONCLUSÃO: Controle de osteossíntese.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 20/09/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



POLEGAR DIREITO



0112566

Mariavilda Pereira da Costa
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.385.037 DATA DE EXPEDIÇÃO 09/01/13

NOME MARINALDA PEREIRA DA COSTA

FILIAÇÃO MARIA PEREIRA DA COSTA

NATURALIDADE ESPERANTINA-PI

MATRÍCULA: CERT. CASAM. 25/06/1971
DO 14075602551989200007028000197156

EXP. ESPERANTINA-PI 08/01/13

CPF 086.7491.693-68

Assinatura do Titular

LEI Nº 7.116 DE 28/08/06 - DECRET. Nº 6.753/06

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EMISSÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES
FILIAÇÃO

CICERA MARQUES JUCUNDE
ANTÔNIO SOARES JUCUNDE
DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

CRATEUS-CE
DOC. ORDEM 840.173.173-91

CERT. NASC. 529 L. 141
EXP. CRATEUS-CE 25/09/18
TEREZINA, PI
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 28/08/83 - DECRETO Nº 88.280/83

CARTARIA DE IDENTIDADE

0479283

Nelle Roze Soares Marques



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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190701652 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARINALDA PEREIRA DA COSTA **Data do acidente:** 16/09/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 5º QUIRODÁCTILO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.3/4/7/8_CIRURGIA

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0453087/19

Vítima: MARINALDA PEREIRA DA COSTA

CPF: 686.491.693-68

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 16/09/2019

Titular do CPF: MARINALDA PEREIRA DA COSTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

MARINALDA PEREIRA DA COSTA : 686.491.693-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/12/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ozeas Chaves Vieira Junior

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190701652 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARINALDA PEREIRA DA COSTA **Data do acidente:** 16/09/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 5º QUIRODÁCTILO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG.3/4/7/8_CIRURGIA

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR**OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)**

NOME: Marinaldo Pereira da Costa
RG: 1.385.037 ORG. EMISSOR: SSP/PI D. EXPEDIÇÃO: 09/09/13
CPF: 686.491.693-68 ESTADO CIVIL: casado PROFISSÃO: Porteiro
ENDEREÇO: R. Lofredo Nº: 7757
COMPLEMENTO: caso BAIRRO: Pedra mole
CIDADE: Teresina ESTADO: Piauí CEP: TELEFONE:

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: NELLE ROZE SOARES MARQUES
RG: 4.119.262 ORG. EMISSOR: SSS/PI D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14
CPF: 840.173.173-91 ESTADO CIVIL: SOLTEIRA PROFISSÃO: RECUSO
ENDEREÇO: RUA 24 DE JANEIRO Nº: 544
BAIRRO: CENTRO CIDADE: TERESINA UF: PI CEP: 64000-235

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Marinaldo Pereira da Costa

Data do acidente de trânsito: 26/09/12

Cobertura da vítima: Invalidez

LOCAL / DATA: 02-10-19

Marinaldo Pereira da Costa 

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

CONSULTE O SELLO
DIGITAL

Cartório
Themistocles
Sempre

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE
Rua Lizardo Magalhães, 1221 - Centro - CEP: 66000-220 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0104 - E-mail: atendimento@teresianacartorio.com.br
Tribunal: Anacláudia Gonçalves da Sampaio Pereira

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MARINALDA PEREIRA
DA COSTA. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE
Teresina-PI, 03/10/2019. Selo: AAJ69736-1
www.tjpi.jus.br/portalexta.

Jessica Aline de Meneses Silva - ESCRIVENTE AUTORIZADA
Emol: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 -
PROCURAÇÃO PARTICULAR

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Jessica Aline de Meneses Silva
Escrivente Autorizada
Teresina - PI

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0453087/19

Vítima: MARINALDA PEREIRA DA COSTA

CPF: 686.491.693-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/09/2019

Titular do CPF: MARINALDA PEREIRA DA COSTA

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

MARINALDA PEREIRA DA COSTA : 686.491.693-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/12/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior
CPF: 066.768.113-24

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ozeas Chaves Vieira Junior