

Browser tabs: Email - Alana L., Controle de do..., Audiências, Sistema SAJ, Consulta proce..., 0814259-59.20, Download file, (33) WhatsApp

Address bar: tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=525966&ca=75a084ff3d3bc2007beea7a749f8f67...

Page Header: **PJe** ProceComCiv 0814259-59.2020.8.18.0140
MARINALDA PEREIRA DA COSTA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO...

Page Title: 12135622 - CONTESTAÇÃO (2753330 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 25/09/2020 10:41:51

Left Panel (25 Sep 2020):

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 12135618 - CONTESTAÇÃO
 - 12135622 - CONTESTAÇÃO (2753330 CONTESTACAO 01)
 - 12135624 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 12135626 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 12135627 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 12135629 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

Main Content Area (viewer):

- downloadBinario.seam 1 / 9
- JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS
- EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI
- Processo: 08142595920208180140
- SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DVAT em caso de invalidez parcial de..."

System Tray: PT 10:41 25/09/2020



Número: **0814259-59.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **29/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.825,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARINALDA PEREIRA DA COSTA (AUTOR)		FRANCISCO REINALDO DE SOUSA FILHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12135624	25/09/2020 10:41	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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, 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

Carta nº 15248231

Pag. 01509/01510 - carta_01 - 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, 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: 686.491.693-68 4 - Nome completo da vítima: Mauroaldo Pereira 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: Mauroaldo Pereira da Costa 6 - CPF: 686.491.693-68

7 - Profissão: Porteiro 8 - Endereço: R. Cajuru 9 - Número: 7757 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Plecho Meis 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64066-030

15 - E-mail: lobaconsegueros@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (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
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

34 - _____

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

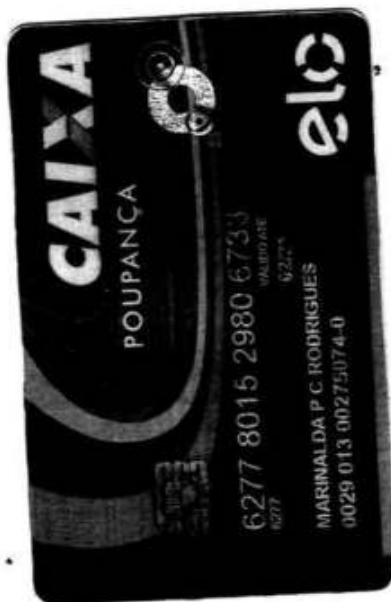
40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

natura do Representante Legal (se houver)







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

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

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência
 1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

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

Lisicy Keiko Leal Paraiiba
 Lisicy Keiko 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: 686.491.693-68 4 - Nome completo da vítima: Maurinaldo Pereira 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: Maurinaldo Pereira da Costa 6 - CPF: 686.491.693-68
7 - Profissão: Porteiro 8 - Endereço: R. Celso 9 - Número: 7757 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Pedra Meia 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64066-030
15 - E-mail: chamseguros@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (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 0
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (val 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

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

40 - Local e Data, _____
2 Maurinaldo Pereira da Costa
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
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

DADOS DO PACIENTE:(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 vitima de queda de moto, com trauma, dor e ferimento ja suturado em 5°quiroadactilo esquerdo
<i>Carla Jansen Pereira Capela Matrícula: 63664 SAME - HUT COORDENADORA</i>

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 RAIO X 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

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





Para contato conosco, informe esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0477446-9

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 tributação autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 027311052

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\$)
SETEMBRO/2019	20-09-2019	207	229,26

MARINALDA PEREIRA DA COSTA RODRIGUES
R. LAZETIRO 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	Código de Irregularidade:	FCAM
		Dias de Consumo:	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Classe/Subclasse	Ligação	Numero Medidor	Posto	Código Pat. Média 12 meses
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 DE ENERGIA ELÉTRICA
R\$ 207 - R\$ 229,26

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 poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na CADINRA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconectar este aviso.
LIQUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCAL 6650.8251.6265.6373.2451.6A72.0063.9AB6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS PARCELADOS - R\$	
Distribuição:	39,69	Base de Cálculo:	201,75
Energia:	76,67	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	12,96	Valor do ICMS:	54,47
Encargos:	6,34	Valor do PIS:	2,07
Tributos:	66,09	Valor do COFINS:	8,55

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
Índice	DIC			FIC			DMC	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Custo	5,19	10,39	20,77	3,30	6,60	13,20	2,94	
Balancete	0,00			0,00			0,00	
Comp. POT						Período de aplicação:	07/2019	05,15

ROT: 11.001.42.47.014400 SEU CÓDIGO 0477446-9 TOTAL A PAGAR - R\$ 229,26



0477446-9
MÊS FATURADO

229,26
VENCIMENTO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

09/2019 20-09-2019
Nº da Nota Fiscal: 027311052 FCAM

83660000002 7 29260017000 8 00000000477 0 44690919008 9



SEQ.: 00036 UC: 0477446-9 DT. LEIT.: 13/09/2019 T. ENTR.: 01
LEITURA: 7872 NORMAL TOTAL: 229,26 CARGA: 047
DT. VENC.: 20-09-2019 IRRFG.: 000 CNF FTRB: 0201





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
 Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
 CNPJ: C1.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.307.383-E
 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
 Regime especial de impressão autorizada pela SEMAZ 06/98

Para contato
 consulte, informe
 8886 NÚMERO

CEP CÓDIGO
 0051866-7

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 S-44 CENTRO NORTE
 CPF: 00084017317391
 CEP: 64.080-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
kWh			
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 Faturamento:	NORMAL	FCAM	
	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo:	32

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

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

TARIFA SEM TRIBUTOS:
 R\$ 277 - 0,001161

ATENÇÃO: PARABÉNS E REVISÃO DE VENCIMENTO MÚLTIPLO 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.90D3

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

	DLC			FC			TSEE	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Anual
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado	0,00			0,00			0,00	

Consumo TERESINA - MACALIBA Período de apuração: 09/2019 Valor: 130,30



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/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 COAF**².

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

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

Pelo exposto, eu Nelle Roge Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Mauroaldo Pereira Da Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 686.491.693 / 68 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Mauroaldo 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua 24 de Janeiro</u>		<u>544</u>	<u>Sala</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Teresina</u>	<u>PI</u>	<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 Roge Soares Marques
Assinatura do Declarante



Alta



NOME DO PACIENTE: Marinalda 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)

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	Fone: 86-88245-306	
Profissão: PORTEIRA	CNS: 700500728695650	
G. Instrução: Médio Incompleto	Documento: CPF: 686.491.693-68	
		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/m ²	Pulso: _____ bmp	Pressão: _____ mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
paciente vítima de queda de moto, com trauma, dor e ferimento ja suturado em 5ºquirodactilo esquerdo

*Assinatura: Almir Alves Rebelo Filho
Matrícula: 63564
CRM - PI - 2972*

Diagnóstico Inicial: 7	CID:
-------------------------------	------

Exames Complementares:

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

RAIO X REALIZADO DATA 16/09/19 RABO-00 TÉCNICO: *marina*

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto): _____ DATA: ____/____/____ HORA: ____:____:____

*Assinatura: Almir Alves Rebelo Filho
CRM - PI - 2972*

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

Fis Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 17/09/19

NOME DO PACIENTE: <i>Marcinda Pereira da P. Rodrigues</i>	PRONTUÁRIO Nº: <i>494225</i>
DIAGNÓSTICO: <i>Est. Expto 5º EPT</i>	CIRURGIA: <i>SRCT Obstétrica</i>
ANESTESIA: <i>Proprio Paravels</i>	Nº DA SALA: <i>05</i>
CIRURGIÃO: <i>Dr. Almir</i> CRM-PI 2972	CPF Nº
AUXILIAR: <i>Almir Alves Rebelo Filho</i>	CPF Nº
ANESTESIA:	CPF Nº
INSTRUMENTADORA: <i>Fernanda</i>	CPF Nº

MATERIAL DE CONSUMO

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

MOD. 94





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
Diálise / Hemodiálise		Procedimento fora da faixa etária
Albumina Humana 20%	12	Fuo de Planer 12/10

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

JUSTIFICATIVA

*Paciente em estado de
 SOEP necessidade de ostender*

*Almir Alves Rebelo Filho
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM-PI 2872*

Assinatura do Médico Solicitante

DATA:

AUDITOR

*Almir Alves Rebelo Filho
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM-PI 2872*

Assinatura do Médico Solicitante

DATA:





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-Ender: RUA LAJEIRO N 2397 - PEDRA MOLE - CEP: 64000-010	17-Cod. IBGE: 221100
16-Munic: TERESINA	18-UF: PI
	19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:
PACIENTE VITIMA DE FERIMENTO , DOR E DEFORM IDADE 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: **S626** 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0408020342	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO)	Tempo SUS 2
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 01	31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: CPF 772.586.903-44
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: ALMIR ALVES REBELO FILHO	34-Data Solicitação: 17/09/2019	Almir Alves Rebelo Filho Ortopedia - Traumatologia CRM-PL2872
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-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:
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





Fundação Municipal de Saúde



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
MARINALDA PEREIRA DA COSTA	523039	Ortopédica		602	
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA				
17/09/19	<p>DIETA ZERO!!! e livre açúcares</p> <p>SF 0,9% 1000 ML EV ABERTO</p> <p>DIPIRONA 1G - 2CC + AD EV 6/6H</p> <p>TENOXICAM 20MG DIL EV 12/12H</p> <p>TRAMADOL 100MG 01 AMP + AD EV 8/8H</p> <p>CEFALOTINA 1G DIL 10ML DE 6/6H</p> <p>TETANOGAMA 250 UI IM NA NADEGA AGORA</p> <p>SSVV + CCGG</p> <p><i>Tad Luis Cordeiro</i></p>				
	<p>Almir Alves Rebelo Filho Ortopedia / Traumatologia CRM-11 2972</p>				
	HORÁRIOS				
	OBSERVAÇÕES / ALERGIAS				



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>92</i>	RESPIRAÇÃO <i>18</i>	TEMPERATURA	PESO <i>67 kg</i>	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>ni. obl.</i>							
SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>ni. obl.</i>				ELETROCARDIOGRAMA <i>normal</i>			
SISTEMA RESPIRATÓRIO <i>—</i>				ASMA <i>ni. obl.</i>	BRONQUITE <i>ni. obl.</i>		
SISTEMA DIGESTIVO <i>—</i>				SISTEMA URINÁRIO <i>—</i>			
ESTADO MENTAL <i>afetado</i>				CORTICOIDES <i>—</i>	ATARÁXICOS <i>—</i>	OUTROS <i>—</i>	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>int. abd. 5: úlc. máe. E</i>					FÍSICOS <i>—</i>		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES) <i>—</i>				APLICADO AS <i>—</i>	EFEITOS <i>—</i>		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO					TOTAL DE DOSES	
	1	[Grid]				1. upofolmal 2g	
	2	[Grid]				2. fopronal 2g	
	3	[Grid]				3. dexmedetomidina 1mg	
LÍQUIDOS	SO-LITO 500					4. ranitidina 50mg	
	400					5. metamprona 20mg	
	SANGUE 300						
	200						
	OUTROS 100						
TEMPERATURA T	Cº	260					
		240					
		220					
		200					
P. ARTERIAL V O PULSO	38	180					SEQUÊNCIA
		160					1. úlc. máe. E + int.
		140					2. anemial
		120					3. anemial
		100					4. anemial
		80					5. úlc. máe. E + int.
		60					6. úlc. máe. E + int.
		40					7. úlc. máe. E + int.
		20					8. úlc. máe. E + int.
		10					9. úlc. máe. E + int.
							10. úlc. máe. E + int.
							11. úlc. máe. E + int.
							12. úlc. máe. E + int.
							13. úlc. máe. E + int.
							14. úlc. máe. E + int.
							15. úlc. máe. E + int.
SÍMBOLOS					DURAÇÃO <i>70'</i>		
TÉCNICAS <i>total</i>				INCIDENTE - ACIDENTE			
OPERAÇÕES <i>úlc. máe. E + int.</i>							
CIRURGIÕES <i>obst.</i>							
ANESTESISTAS <i>Dra. Yamara Gomes ANESTESIOLOGISTA CRM-PI 5035</i>							
<i>int. abd. 5: úlc. máe. E + int. ant. a.1. úlc. máe. E + int.</i>							
PARITICULARIDADES				CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS <i>avordado, a.1. guaxos, hemost. úlc. máe. E + int.</i>			

MOD 76 - HUT





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Marinalda Pereira da Costa Rodrigues</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fract. Exposto G. 01C</i>		
Operação - Tipo <i>RMCT artroscópica</i>		
Cirurgião <i>Dr. Almir</i>	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Suzanna</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>Amem</i>		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

*Paciente em PDH de anestesia
transversal, suspenso, autotransfusão, coberto
des campo estéril, limpeza G.F.O.S.T.,
Redução postoperatória pelo estape,
ponturo, curativo, G.D.*

*Almir Alves Rebelo Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM-14-1872*

Mod. 76 HUT





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

Assinado eletronicamente por:
 Marinalda Pereira da Costa Rodrigues
 SIME - HUT





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 quirodactilo 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



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



POLEGAR DIREITO



0118886

Maria Perreira da Costa
ASSINADORA IDENTIFICADORA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.385.037 DATA DE EMISSÃO 09/01/13

NOME MARINALDA PEREIRA DA COSTA

RELACÃO MARIA PEREIRA DA COSTA

NACIONALIDADE ESPERANTINA-PI DATA DE NATURALIDADE 25/06/1971

MATRÍCULA: CERT. CASAM, 14075602551989200007028000197156

EXP ESPERANTINA-PI 08/01/13

CPF 086.1491.693-68

Assinatura: *Maria Perreira da Costa*

LEI Nº 7.116 DE 28/09/2015 DO PIAUI



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.119.262	DATA DE Emissão	23/09/14
NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES			
RELACÃO			
CÍCERA MARQUES JUCUNDE			
ANTONIO SOARES JUCUNDE			
CRATEUS-CE			
DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971			
DOC. ORDEM			
CERT. NASC. 529 L 847 141			
EXP. CRATEUS-CE 25/09/18			
TÉCNICO EM			
840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI Nº 7.118 DE 20/06/83 - DECRETO Nº 88.280/83			

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Nelle Roze Soares Marques
ASSINATURA DO TITULAR

0476283



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

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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: <u>Marivaldo Pereira da Costa</u>			
RG: <u>1.385.037</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSPIP</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>09/09/13</u>	
CPF: <u>656.491.693-68</u>	ESTADO CIVIL: <u>casado</u>	PROFISSÃO: <u>peixeiro</u>	
ENDEREÇO: <u>R. Lelero</u>			Nº: <u>7757</u>
COMPLEMENTO: <u>caso</u>	BAIRRO: <u>Peixe mole</u>		
CIDADE: <u>Teresina</u>	ESTADO: <u>Piauí</u>	CEP:	TELEFONE :

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


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 :

Marivaldo Pereira da Costa

Data do acidente de trânsito: 26/09/19

Cobertura da vítima: Transtorno

LOCAL / DATA: 02-10-19

Marivaldo Pereira da Costa 

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira



CONSULTE O SELI
DIGITAL

Cartório
Themistocles
Sampaio

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE

Rua Leopoldo Rodrigues, 1223 - Centro - CEP: 64200-250 - Teresina - PI - Fone: (86) 3221-0104 - E-mail: tjpi@tjpi.jus.br
Título: Escritura Pública de Compra e Venda

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

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
Escritorinha Autorizada
Teresina - PI



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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Ozeas Chaves Vieira Junior

