



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
12135 624	25/09/2020 10:41	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	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, contados 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. 0150901510 - carta_01 - INVALIDEZ



00040755



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/09/2020 10:41:51
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009251041506950000011483117>
Número do documento: 2009251041506950000011483117

Num. 12135624 - Pág. 1

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS	1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:			
	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)		<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:		
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:	
5 - Nome completo:	6 - CPF:		7 - Profissão:	
11 - Bairro:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:	12 - Cidade:
11 - Bairro:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:	12 - Cidade:
15 - E-mail:	13 - Estado: 14 - CEP: 16 - Tel.(DDD): 17 - Nome completo do Representante Legal:			
15 - E-mail:	13 - Estado: 14 - CEP: 16 - Tel.(DDD): 17 - Nome completo do Representante Legal:			
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR				
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:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00				
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)		
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)				
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.				
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):				
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> 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 as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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.				
23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE				
23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:				
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 - Natura do Representante Legal (se houver) 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 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha				
39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha				
40 - Local e Data, _____ x manuel de peres da costa 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)				
42 - Natura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (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: Narcelza 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

56684.

Bairro
CENTRO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Tipo Envolt.: VITIMA/Noticiante

Nome: MARINALDA PEREIRA DA COSTA

RG: 1385037 SSP/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.

Narcelza De Maria Chaib Lima - Mat.
ESCRIVÃO DE POI

MARINALDA PEREIRA DA COSTA
MARINALDA PEREIRA DA COSTA - Noticiante
Responsável pela Informação

Luccy Keiko Leal Paraíba
Luccy Keiko Leal Paraíba
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:

686.491.693-68

Marinaldo 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:

Marinaldo Pereira da Costa

6 - CPF:

686.491.693-68

7 - Profissão:

Porteiro

8 - Endereço:

R. Lages

9 - Número:

7757

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Pedra Mole

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64066-030

15 - E-mail:

lourenslgues2@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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0029

CONTA: 275074

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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
nasituro (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 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Teresina - PI 12/12
Marinaldo Pereira da Costa

do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUIT

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)

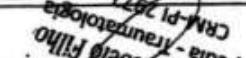
Nome: MARINALDA PEREIRA DA COSTA RODRIGUES		Prontuário: 494225	
Mãe: MARIA PEREIRA DA COSTA	Pai:		
End. Resid.: RUA LAJEIRO N 2397 - PEDRA MOLE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 25/06/1971	Idade: 48a2m21d	Sexo: Feminino Fone: 86-88245-306	
Responsável: LUCIANO	CNS: 700500728695650		
Profissão: 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:

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u>	<u>Classificação:</u>	<u>Cor:</u>
		Indefinido
<u>Brve História Clas. Risco:</u>		

SSVV:	(Hora: ____ : ____)								
Peso:	0,00 Kg	Altura:	0,00 M	IMC:	0,00 Kg/m ²	Pulso:	bpm	Pressão:	mmHg
<u>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</u>									
paciente vítima de queda de moto, com trauma, dor e ferimento já suturado em 5º quirodactilo esquerdo									

Diagnóstico Inicial:	CID:
Exames Complementares:	RADIOGRAMA 17400 DATA 16/09/19 RA 00.00 TÉCNICO <u>Mauri</u>
Prescrição Médica:	

<u>Motivo da Alta/Encerramento:</u>	<u>DATA:</u> / /	<u>HORA:</u> :
<u>Observação (Adulto)</u>	 ALMIR ALVES REBELO FILHO CRM PI 2972 - 17/09/2019 00:03:53	
Assinatura Paciente ou Responsável		



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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/09/2020 10:41:51
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092510415069500000011483117>
Número do documento: 20092510415069500000011483117

Num. 12135624 - Pág. 8

equatorial
ENERGIA

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
Régime especial de impressão autorizada pela SETRAZ/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. LAFETE 7757 7757 PEDRA MOLE

CPF: 00064649169368

CEP: 64.066-030 - TERESINA

DADOS DE LEITURA

DATA 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 Médio:	207	Emissão:	12-09-2019
Consumo Faturado:	207	Apresentação:	13-09-2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo: 30

DADOS DA UNIDADE DE CONSUMIDOR

Classe/Subclasse

Ligação

Número Medidor

Posto

Código Post.

Média 12 meses

RESIDENCIAL **MONO** **A1831841** **1.1.1.1** **212**

HISTÓRICO

Mês/Ano consumo

DESCRICAÇÃO DA CONTA

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 07/19-08 8,04

MAI/19 176 CORRECAO MONETARIA IG 07/19-08 1,92

ABR/19 164 MULTA POR ATRASO DE I 07/19-08 0,27

MAR/19 190 JUROS DE MORA ATRASO 07/19-08 0,05

FEV/19 204 MULTA POR ATRASO 07/19-08 6,56

JAN/19 288 JUROS POR ATRASO 07/19-08 2,40

DEZ/18 227 ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 8,27

NOV/18 298

TARIFA DE TRIBUTO: E R 207 - 2.222,10

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 só garante ensilar também a inclusão do nome do consumidor na SEDPA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

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

Você ainda possui outras dívidas de vencimento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato para mais informações de pagamento.

RESERVADO AO FISCO 6C50-B251-F265-6373-2451-6472-0063-0466

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ IMPORTE DE RABUTOS - R\$

Distribuição:	39,69	Base de Cálculo:	201,75	147,28
Energia:	76,67	Aliquota 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:	1,40%	9,55

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DMC	FIC	DMIC	DCD
Mês/Ano	Mensal	Mensal	Mensal	Mensal

Conselho	5,19	10,39	20,77	3,30
Realizado	8,00	0,00	0,00	0,00

	Periodo de		
Conjunto:	apresentação:	07/2019	Euro:

POTY		65,15
------	--	-------

ROT: 11.001.42.47.014400

SEU CÓDIGO **0477446-9** TOTAL A PAGAR - R\$

equatorial
ENERGIA

0477446-9 229,26

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ 09/2019 20-09-2019

Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI

CNPJ 06.840.748/0001-89 | insc. Estadual 19.301.383-5

Nº da Nota Fiscal: 027311052 FCAN

83660000002 7 29260017000 8 0000000477 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 IRREG.: 000 CNI FTB: 0001



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/09/2020 10:41:51
http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/list/iew.seam?x=2009251041506950000011483117

Número do documento: 2009251041506950000011483117

Num. 12135624 - Pág. 9



Para contato
20118600, Informe
68884 - UMECO

0051869-7
038476502

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 789 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: C1840.748/0001-99 | Insc. Estadual: 19.307.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de imprevedibilidade autorizada pela SENAI 06/98

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
CPE: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA		DATA DA LEITURA		
Azul:	22101	Atual:	25/11/2019	
Anterior:	21824	Anterior:	24/10/2019	
Constância de Multiplicador:	1.000	Próxima Leitura:	24/12/2019	
Consumo Médio:	277	Emissão:	22/11/2019	
Consumo Faturado:	277	Apresentação:	25/11/2019	
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	32	
			Dias de Consumo:	32

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

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/Ano	Consumo	Mês/Ano	Consumo
OUT/19	394	CONSUMO	277 A R\$ 0,968508 = 268,27
SET/19	368	CONTR. ILUMINAÇÃO PÚBL. (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:			
E A 277 - 0,968508			

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA O PRAZO 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/ADIMISSÕES	
Distribuição:	52,75	Base de Cálculo:	268,27
Energia:	101,95	Aliquota ICMS:	19,54
Transmissão:	17,24	Valor do ICMS:	27,00%
Energia:	8,44	Valor do PIS:	72,43
Tributos:	87,89	Valor do COFINS:	1,40%
		Valor do COFINS:	2,75
			12,71

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
EMC		FC		DNC		DNC	
Mês	Ano	Mês	Ano	Mês	Ano	Mês	Ano
Último:	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03
Realizado:	0,00			0,00		0,00	
Conjunto:	TERESINA-MACAUBA			Período de	09/2019	000:	130,30



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/09/2020 10:41:51
http://tpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/list/iew.seam?x=20092510415069500000011483117
Número do documento: 20092510415069500000011483117

Num. 12135624 - Pág. 10

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 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 Rose Soares Menezes 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: Recurso Renda: Recurso 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	Bairro	Cidade	Número	Complemento
<u>Rua 24 de Janeiro</u>	<u>Lento</u>	<u>Teresina</u>	<u>544</u>	<u>Sala</u>
Estado	CEP	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>PI</u>	<u>64000-235</u>		<u>(86) 93534-6565</u>	

Teresina, 13 de Dezembro de 2019
Local e Data

Nelle Rose Soares Menezes
Assinatura do Declarante

01/001/2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/09/2020 10:41:51
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009251041506950000011483117>
Número do documento: 2009251041506950000011483117

Num. 12135624 - Pág. 11



Maria Lúcia Pereira da Costa
NOME DO PACIENTE: Maria Lúcia Pereira da Costa
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 494228

SERVÍCIO 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. Octávio 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:

<u>Nome:</u> MARINALDA PEREIRA DA COSTA RODRIGUES		<u>Prontuário:</u> 494225
<u>Mãe:</u> MARIA PEREIRA DA COSTA	<u>Pai:</u>	
<u>End. Resid.:</u> RUA LAJEIRO N 2397 - PEDRA MOLE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 25/06/1971	<u>Idade:</u> 48a2m21d	<u>Sexo:</u> Feminino <u>Fone:</u> 86-88245-306
<u>Responsável:</u> LUCIANO	<u>CNS:</u> 700500728695650	
<u>Profissão:</u> PORTEIRA	<u>Documento:</u> CPF: 686.491.693-68	
<u>G. Instrução:</u> Médio Incompleto	<u>E.Civil:</u> Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

<u>SSVV:</u>	<u>(Hora: ____ : ____)</u>			
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 já suturado em 5º quirodactilo esquerdo

<u>Diagnóstico Inicial:</u>	<u>CID:</u>
-----------------------------	-------------

<u>Exames Complementares:</u>	RADIOGRAMADO DATA: 16/09/19 RA 00-00 TÉCNICO: Manoel
(1311779) - DEDO OU QUIRODACTILO ESQUERDO	
(1311780) - MAO DIREITA	
(1311781) - DEDO OU QUIRODACTILO ESQUERDO	

<u>Prescrição Médica:</u>	<u>CRM-PI 2972</u> <u>Ortopedia - Reabilitação</u> <u>ALMIR ALVES REBELO FILHO</u>
---------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------

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

* Assinatura Paciente ou Responsável

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





Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

DATA 17/09/19

NOME DO PACIENTE:	<u>Neonácia Ferreira da C. Rodrigues</u>	PRONTUÁRIO N°: <u>499225</u>
DIAGNÓSTICO:	<u>Fractura exposta 5º e 6º</u>	CIRURGIA: <u>Surct extoronto</u>
ANESTESIA:	<u>Regional Tramadol</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGÃO:	<u>Dr. Almir</u>	CRM-PI 2972
AUXILIAR:	<u>Almir Alves Rebello Filho</u>	Urtopediatra - Traumatologista
ANESTESIA:		CPF N°
INSTRUMENTADORA:	<u>Fernanda</u>	CPF N°

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI <u>N.24</u>	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA N° <u>7,0</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA N° <u>8,0</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>08</u>	
ÁLCOOL 70%	ML	<u>150</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>200</u>	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	<u>200</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>02</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>01</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	<u>01</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>60</u>		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE N°	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>06</u>	
GASES	PAC.	<u>05</u>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO N°	UNID.			<u>Atadura crepon</u>	-	<u>01</u>	
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	<u>3-0</u>	-	<u>01</u>				
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				<u>Flávia</u>			
PROLENO				CIRCULANTE:			

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 Fuso de Gramer 10/10

HOSPITAL: *HUT*

CNPJ:

PACIENTE: *Marinalda Pereira da Costa Rodrigues*

Nº AIH:

ROCEDIMENTO ANTERIOR:

PROCED. SOLICITADO:

MÉDICO SOLICITANTE:

CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA

*Paciente com sintomas de
sopro recorrente de ostender*

*CRM-PI 2972
Ortopedia - Traumatologia
Almir Alves Rebeiro Filho*

Assinatura do Médico Solicitante

DATA:

AUDITOR

Assinatura do Médico Auditor

Assinatura do Médico Solicitante

DATA:





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

243340

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES
5828856Código 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	10-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	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 5ºQDE23-Diagnóstico Inicial:
Fratura de outros dedos24-CID Prin: 25-CID Sec.: 26-CID Clas.:
S626

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.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 02 01 CPF 772.586.903-44	Almir Alves Rebelo Filho Ortopedia - Traumatologia CRM-PI 2972
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: ALMIR ALVES REBELO FILHO	34-Data Solicitação: 17/09/2019	35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Silhete:	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



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Mariana de L. Rodrigues</i>		UNIDADE DE SAÚDE					Nº DE REGISTRO	
DATA <i>17/09/19</i>	P. ARTERIAL <i>80/60</i>	PULSO <i>24</i>	RESPIRAÇÃO <i>16</i>	TEMPERATURA	PESO <i>60,00</i>	ALTURA		
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA		
EXAMES DE URINA								
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA								
SISTEMA CIRCULATÓRIO								
SISTEMA RESPIRATÓRIO								
SISTEMA DIGESTIVO								
ESTADO MENTAL								
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO								
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)								
AGENTES ANESTÉSICOS								
LÍQUIDOS								
TEMPERATURA T								
P. ARTERIAL V O PULSO								
INÍCIO E FIM ANESTESIA X								
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO								
RESPIRAÇÃO O								
SÍMBOLOS								
TÉCNICAS								
OPERAÇÕES								
CIRURGIÕES								
ANESTESISTAS								
PARITICULARIDADES								
UNIDADE DE SAÚDE								
Nº DE REGISTRO								
TOTAL DE DOSES								
SEQUÊNCIA								
DURAÇÃO								
INCIDENTE - ACIDENTE								
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS								

MOD 76 - HUT





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Marinalda Ferreira da Costa Rodrigues

Diagnóstico pré-operatório

Fract. exposta esq. ombro

Operação - Tipo

RART + osteomartese

Cirurgião

R. Almeida

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Fernanda

Anestesista

R. Yana

Anestesia

local

Anestésico(a)

Data da Operação

17/09/19

Inicio

01:05

Fim

01:40

Diagnóstico Pós-operatório

Osteomartese

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

Paciente em POUA com anestesia
transitoria, suspeita, autotransfusão, cobertura
dos corpos esteril, sujeito GTO 5x5,
redutor postural no escravo,
farto, curativo, GD

Até 11h Alves Rebole Thito
CNPJ 14.397.277/0001-00
Operação - Traumatologia

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
Requisição:	1001280	Solicitação:	16/09/2019
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

Assinatura de Carlos Augusto Moura
 Marinalda Pereira da Costa Rodrigues
 SIME - HUT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/09/2020 10:41:51
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009251041506950000011483117>
 Número do documento: 2009251041506950000011483117

Num. 12135624 - Pág. 20



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: SUS	

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/09/2020 10:41:51
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009251041506950000011483117>
 Número do documento: 2009251041506950000011483117

Num. 12135624 - Pág. 21


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: INTERNAÇÃO
Requisição:	1001325	Solicitação: 17/09/2019	Solicitante: ALMIR ALVES REBELO FILHO	Atendimento: 247644
Controle:	1311840	Convênio: SUS	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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/09/2020 10:41:51
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009251041506950000011483117>
 Número do documento: 2009251041506950000011483117

Num. 12135624 - Pág. 22



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/09/2020 10:41:51
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092510415069500000011483117>
Número do documento: 20092510415069500000011483117

Num. 12135624 - Pág. 23



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



RECEBIMENTO 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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/09/2020 10:41:51
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009251041506950000011483117>
Número do documento: 2009251041506950000011483117

Num. 12135624 - Pág. 26

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: <i>marinaldo Pereira da costa</i>			
RG: 1.385.037	ORG. EMISSOR: SSS/PI	D. EXPEDIÇÃO: 09/09/13	
CPF: 686.491.693-68	ESTADO CIVIL: Casado	PROFISSÃO: Porteiro	
ENDEREÇO: R. Laffers		Nº: 7757	
COMPLEMENTO: casa		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 CONSTITUIO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO 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 DESTE MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

marinaldo Pereira da costa

Data do acidente de trânsito: *16/09/19*

Cobertura da vítima: *Imobilizado*

LOCAL / DATA: *02-10-19*

marinaldo Pereira da costa

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira



CONSULTE O SELI
DIGITAL

Cartório
Themistocles
Sampaio
e Procurador

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE
Teresina-PI, 03/10/2019.

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MARINALDA PERE
DA COSTA. DOU FE. EM TEST. DA VERDA
Sel:AAJ69736-1
www.tjpi.jus.br/portalextra.

Jessica Aline de Meneses Silva ESCREVENTE AUTORIZADA
Emol:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Sel:0,26 Total:4,96 -
PROCURAÇÃO PARTICULAR

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Jessica Aline de Meneses Silva
Escrevente Autorizado
Sel:AAJ69736-1



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/09/2020 10:41:51
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009251041506950000011483117>
Número do documento: 2009251041506950000011483117

Num. 12135624 - Pág. 29

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/09/2020 10:41:51
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009251041506950000011483117>
Número do documento: 2009251041506950000011483117

Num. 12135624 - Pág. 30