

ÁGUAS DE  
TERESINA

CEP 67007-37400004 - TF 108945594  
Av. Prof. Carvalho Pinto, 1360, Centro de Teresina - CEP 64000-000 - PI  
Telefone: 0800 723 2000 ou 123 / ... (66) 98128-3199

MANEIRA

TERESA

TC 1.00  
2018859011564-

13378928-8

151656820  
5/2019

NONO/ENOBRECO

MORADOR MARIA DAS NEVES ALVES DE OLIVEIRA

RUA FRANCISCO MAGNOLIA, 2155 - STA MARIA DA  
CODIPÍ - TERESINA - PI - cep: 64012470

LOCALIZAÇÃO

018-00042-001040

GRUPO

018

NÚMERO DO HIDRÔMETRO

A98C019813

HISTÓRICO DE CONSUMO

MES / ANO TIPO

04/2019	Média	88	LEDO	RETORNADO
03/2019	Média	88		
02/2019	Média	88		
01/2019	Média	88		
12/2018	Média	88		
11/2018	Média	88		

ECONOMIA - CATEGORIAS / TIPO

1 Residencial - Normal

TABUAS DE TARIFAS

RESIDENCIAL

HORA DE CONSUMO R\$ / MB EPB

18	0,2050	00
19	0,1025	00
20	0,1025	00
21	0,1025	00

DESCRIPÇÃO

VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45  
> Residencial-Normal

26.

VÍLOR

10,0

28,45

CONSUMO

10,0 MB

28,45

DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA

NÃO RESIDENCIAL

HORA DE CONSUMO R\$ / MB (R\$)

VENCIMENTO  
09/06/2019

VALOR FATURA  
28,45

REGULAMENTADAS / ANORMALIDADES

AVISOS

NOSSOS ARQUIVOS ACUSAM 1 DEBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.  
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

J CORRETORA  
DE SEGUROS

05 AGO 2019

DPVAT

NOTIFICAÇÃO

Notas 30.000,00 reais informa o não pagamento da fatura referente ao consumo de água para a data de 09/06/2019. O valor da fatura é de R\$ 28,45. Agua de Teresina S.A.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO N° 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESENCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LÍQUIDO	2380	2339	41	1,42	0,2-5,0 mg/L
COR-APARENTE	2383	2168	215	8,87	Inferior a 15
PH /	1865	1538	327	6,27	6,00-9,50
TURBIDEZ	2384	2273	111	2,85	Inferior a 5
CONFORMES TOTais					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO N° 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESENCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCHERICHIA COLI	660	656	4	Ausência	Ausente
	660	660	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 28/05/2019 HORA DA EMISSÃO: 11:38

TC 1.00 2018859011564

ÁGUAS DE  
TERESINA





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Olvidaria: 0800 021 91 35

### 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/DOCONIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 nº99.613/98.

Pelo exposto, eu Antônio Ferriano da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 347-229-123-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ALLTOA Alves da Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 040-626-633-96

do sinistro de DPVAT cobertura 11/2018-2 da Vítima ALLTOA Alves da Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 040-626-623-700, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresenta os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Travessia feito da aze lata</u>	Número:	<u>23</u>	Complemento:	<u>cosq</u>
Bairro:	<u>Parque Brasil</u>	Cidade:	<u>Teresina</u>	Estado:	<u>P.</u>
E-mail:				CEP:	<u>64012-095</u>

Local e Data: Teresina 01-08-2019 CORRETORA DE SEGUROS

Antônio Ferriano da Silva 05 460 109  
Assinatura do Declarante

DPVAT

# DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Maria Erlane Oliveira Pinto

RG nº 2.779.862, data de expedição 13/08/15,

Órgão SSP- PI, portador do CPF nº 040.844.533.58,

com domicílio na cidade de Picos, no Estado de Pi, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Paul D'ARCO 1452 Bairro Paguei Brasil II, nº 10,

complemento lata, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Alttoh Alker de Oliveira, cujo o condutor era

Alttoh Alker de Oliveira

Veículo: MOTO Modelo: Honda / Pop. 110 F Ano: 2017

Placa: PEL-9473 Chassi: 9C2DB0100412251745

Data do Acidente: 15/05/2019

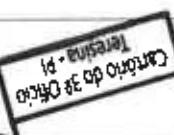
Local e Data: 17/06/2019

J CORRETORA  
DE SEGUROS

05 AGO 2019

Maria Erlane Oliveira Pinto

Assinatura do Declarante



DPVAT

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

Cartório  
Teresina  
Sampaio  
Teresina  
Rua União Niquira, 1221 - Centro - CEP: 64000-200 - Teresina - PI - Fone: (086) 3221-1010 - E-mail: [teresina@teresina.com.br](mailto:teresina@teresina.com.br)  
Site: [www.teresina.com.br](http://www.teresina.com.br)

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
Rua União Niquira, 1221 - Centro - CEP: 64000-200 - Teresina - PI - Fone: (086) 3221-1010 - E-mail: [teresina@teresina.com.br](mailto:teresina@teresina.com.br)  
Site: [www.teresina.com.br](http://www.teresina.com.br)

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MARIA ERLANE OLIVEIRA PINTO, DOU FÉ. EM TESTE 17/06/2019 DA VERDADE.  
Teresina-PI, 17/06/2019. Selo: AAD21809-XLC7  
[www.tjpi.jus.br/portalexterno](http://www.tjpi.jus.br/portalexterno)

KATIA GARDÉIA DA SILVA SANTOS - ESCRIVENTE AUTORIZADA  
R\$01:3,85 TJ:0,77 PNDP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - DP:66  
DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO  
Assinado digitalmente



CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELO  
DIGITAL



Alta  
CORRETORA  
DE SEGUROS

05 AGO 2019

DPVAT

NOME DO PACIENTE:

Milton Alves de Oliveira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

217128

**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".

**CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**  
**COMPROVANTE DE REGULACAO**

<b>AUTORIZAÇÃO:</b> 620481986	<b>Nº REGULAÇÃO:</b> 73816	<b>TIPO:</b> AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:</b>	2679647 - UNIDADE MISTA DE SAÚDE D'ANTONIO PEDREIRA DE A MARTINS - BUENOS AIRES	
<b>ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:</b>	5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	
<b>LEITO:</b>	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	

**PACIENTE:** AILTON ALVES DE OLIVEIRA **NASCIMENTO:** 11/03/1989

**DADOS CLÍNICOS**

**HISTÓRIA CLÍNICA:**

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA ACIDENTE DE MOTO) APRESENTA FRATURA, LUXAÇÃO E EXPOSIÇÃO ÓSSEA EM PODODACTILOS DIREITO ENCAMINHO PARA AVALIAÇÃO DO ORTOPEDISTA

**PROVAS DIAGNÓSTICAS:**

**EXAMES SOLICITADOS:**

**DIAGNÓSTICO(CID):** FRATURA DE OUTRO ARTELHO

**COMORBIDADE:**

PRESSÃO ARTERIAL: 130x80(mmHg) FREQ. CARDÍACA: 87bpm SATURAÇÃO: 98% FREQ. RESPIRATÓRIA: 14rpm

GLICEMIA: 140mg/dL NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 15 USO DE O2: 0% CORRETORA DE SEGUROS

**USO DROGAS VASOATIVAS:**

05 AGO 2019

**USO ANTIBIÓTICOS:**

DPVAT

**USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:**

DICLOFENACO

**DATA:** 15/05/2019 06:37:11

Dr. Weiner Lopes de M. S. Filho  
Médico  
CRM-PB-3244  
MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

W.L





# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fis. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

DATA 15/05/19

NOME DO PACIENTE:	Ailton Alves de Oliveira		PRONTUÁRIO Nº:	217128
DIAGNÓSTICO:	Angioma tránsito lento		ET CIRURGIA:	LM (Angioma Milenar)
ANESTESIA:	Dr. Henrique	Dr. Cláudio Nogueira	FUN. 3º PDB	Nº DA SALA: 02
CIRURGIA:	Dr. Cláudio	Ortopedia e Traumatologia	CRM: 222	CPF Nº:
AUXILIAR:	Residente: Lucas	CRM: 9337	SBOT 12001	CPF Nº:
ANESTESIA:	Dra. ge			CPF Nº:
INSTRUMENTADORA:	Berçay			CPF Nº:
				CORRETORA DE SEGUROS

## MATERIAL DE CONSUMO

05 AGO 2019

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7/5	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7/0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	25 UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	62		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	—	
JELCO Nº	UNID.	1		Excepcional		03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Cetimol - 05			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Grau - 03			
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON	2-0	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Dgym			
PROLENE							

**LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:**

Mudança de Procedimento	X	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%		

CORRETORA  
DE SEGUROS

05 AGO 2019

HOSPITAL: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_  
PACIENTE: \_\_\_\_\_ Nº AIH: \_\_\_\_\_ **NPVAT**  
PROCEDIMENTO ANTERIOR: \_\_\_\_\_ PROCED. SOLICITADO: \_\_\_\_\_  
MÉDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**JUSTIFICATIVA**

*Fratura exposta 1º e 2º PDC. flexo.  
- 1 FK 1,5 -*

*Dr. Lucas Araújo  
Médico  
CRM-PI/17144*

DATA: *16/10/19***Assinatura do Médico Solicitante****AUDITOR**

DATA:

**Assinatura do Médico Solicitante**



## FICHA DE ANESTESIA

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

Name: <i>Acres Acas x Atenas</i>	Salas: 2	Alérgico: <i>none</i>	Data: <i>11/11/19</i>
Procedimento: <i>Extratorna pe (C)</i>	Cirurgião: <i>Cláudio</i>	Observações:	—

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Oxigênio gáss.	1	150											
2 Morfina	1	20mg											
3 Loféno	2	2g											
4 Propofol	1	10mg											
5 Dicarbam	1	100											
6 Fentanyl	2	2											
7 Etomidato	1	10											
8 Benzodiazepínicos	1	50											
9													
10													
11													
12													
13													
Oxigênio													
AR/N <sub>2</sub> O													
Volemia	%												

## Acesso Vascular

- Periférico *115*  
 Cat. Venoso n<sup>o</sup> *25* G  
 Dificuldade aces. venoso  
 Gestos *caterteres*  
 Central *—*

## Via Aérea

- Cateter nasal  
 IOT n<sup>o</sup> *—*  
 LMA n<sup>o</sup> *—*

## Monitorização:

- Cardioscopia  
 PANI  
 Oxímetro de pulso  
 ETCO<sub>2</sub>  
 Outros

## Anestesia:

- Geral Venosa  
 Geral Balanceada  
 Reanêstesia  
 Periferal  
 Bloqueio Periférico  
 Outros

Decidido: *Dak*

SpO <sub>2</sub> (%)	99	99	99	99
ETCO <sub>2</sub> (mmHg)				
Aces. Venoso	1F 170 + 100 + 100			
Aces. Venoso				
Diurese				
Perdas Sanguíneas				

Descrição da Anestesia: 1) Fármacos: gant + curasa cut. 2) Monitorização 3) Reanêstesia: *rean* e seguiu evg  
 fio curva bala medula 4) ETCO<sub>2</sub> + sonda tracheal 5) Crv + cat.

Dr. Henrique *Prado*  
 Médico Anestesiologista  
 CRM-PI: 150790E-2011  
 Dr. Anestesiologista

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Gilberto Alves de Oliveira

Diagnóstico pré-operatório Fratura exposta 1<sup>o</sup> e 2<sup>o</sup> POC

Operação - Tipo LMC ② Orto - artroplast. hâmen E+ Introm. 2<sup>o</sup> POC

Cirurgião Dr. Claudio C. Oliveira Ortopedia e Traumatologia CRM-MA 8267

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação 15/05/19

Ínicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Permeio de adesivagem hâmen E 1<sup>o</sup>  
perfurou durante 2<sup>o</sup> POC em extensão perante a perfuração  
intuipicada.

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

O.P.L - DDI 10h quente

① Tumpon + Antitumpon + Lmgs Estéril

② L.M.T afundante + SF 0,9%

③ Regulagem cat. angular hâmen E

④ Oftom. 2<sup>o</sup> POC cl 1 Fk 1,5

⑤ Suturas + Lmgs

Dr. Claudio C. Oliveira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-MA 8267  
SBO 12687

## **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

JOSEANE

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DATA/HORA	CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		OBSERVAÇÕES
15/10/19	#201	#201 gratina corpora 1° e 2° produtorrato gástrico e anestesia ✓ S/DE		HORÁRIOS	Nexo alergia alergia amotilada	
					200 SSW P-81 bp	
1	DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO				TA: 98x62 mmhg	
2	SF 0,9% 500 ML EV 7 GTS/ MIN , dgo 500ml, IV, 12/12H					Celio Roberto C. Nunes COREN-PI 1628-11
3	RANITIDINA 50mg - 1 AMP + AD EV8/8 H					
4	CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6H					
5	DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H					
6	TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12H					
7	TRAMAL 100MG -1 AMP + 100ML SF0,9% 8/8H SN		2N			
8	CURATIVO ✓/dia					
9	CCGG + SSVV					
10	Plam 10mg + 10ml SF0,9%, IV, 8/8h se nenhuma ou reumato					
Dr. Lucas Araújo MÉDICO CRM-PI 714		RAIO-X REALIZADO DATA: 11/10/2019 Técnico: C				



1 CORRETORA  
DE SEGUROS

05 AGO 2019

DPVAT





**CORRETORA  
DE SEGUROS**

05 AGO 2019

DATA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190462424      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** AILTON ALVES DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 15/05/2019      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA DO 2º PODODÁCTILO ESQUERDO E AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO HÁLUX ESQUERDO.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME: VÍTIMA APRESENTA AMPUTAÇÃO TOTAL DO HÁLUX ESQUERDO E AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL DO 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REGULARIZAÇÃO DO COTO DE AMPUTAÇÃO DO HALUX E LIMPEZA MECÂNICA CIRURGICA E AMPUTAÇÃO DE FALANGE DISTAL DE 2 PODODÁCTILO PÉ ESQUERDO. REALIZOU FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS; ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** Amputação do 1º pododáctilo esquerdo, Amputação do 2º pododáctilo esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 22/08/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	15%	R\$ 2.025,00
		<b>Total</b>	<b>15 %</b>	<b>R\$ 2.025,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190462424      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** AILTON ALVES DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 15/05/2019      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA DO 2º PODODÁCTILO ESQUERDO E AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO HÁLUX ESQUERDO.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME: VÍTIMA APRESENTA AMPUTAÇÃO TOTAL DO HÁLUX ESQUERDO E AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL DO 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REGULARIZAÇÃO DO COTO DE AMPUTAÇÃO DO HALUX E LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA E AMPUTAÇÃO DE FALANGE DISTAL DE 2 PODODÁCTILO PÉ ESQUERDO. REALIZOU FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS; ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** Amputação do 1º pododáctilo esquerdo, Amputação do 2º pododáctilo esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 22/08/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## 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 do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	15%	R\$ 2.025,00
		<b>Total</b>	<b>15 %</b>	<b>R\$ 2.025,00</b>

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MILTON ALVES DE OLIVEIRA, DOU PE, EM TESTE DA VERDADE, Teresina-PI, 17/06/2019. Selo: AD21810-2019  
www.tjpi.jus.br/portalextra.

KATIA GARDENIA DA SILVA SANTOS - ENCREVENTE AUTORIZADA  
Emol:3,85 TJ:0,77 FMMF/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - DP:68  
PROCURAÇÃO PARTICULAR

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
CONSULTE O SELO  
DIGITAL

CARTÓRIO THEVISTOCLES SAMPAIO  
3º OFÍCIO DE NOTAS  
Kátia Gardenia da Silva Santos  
Encrevante Autorizada  
Teresina - PI

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Allton Alves da Oliveira  
RG: 2919879 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 040.626-523-45  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteiro Profissão: Vendedor  
Endereço: Rua Franklin Magalhães Nº 2155  
Bairro: Santa Rosa Cep: 64012-470 Cidade/UF: Teresina - PI  
Telefone: (86) 99527-7492 ( ) ( )

### OUTORGADO:

Nome: Antonio Floriano de Sousa  
RG: 989871 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 347.229.123-00  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado Profissão: Autônomo  
Endereço: Rua Travassos Feitosa Q- C2 Nº 23  
Bairro: Parque Brasil Cep: 64012-085 Cidade/UF: Teresina - PI  
Telefone: (86) 98498-2980 (86) 98112-3310 ( )

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à:

Vítima: Allton Alves da Oliveira  
CPF: 040.626-623-45 Data do Acidente: 15/10/2019  
Cobertura solicitada:  Invalidez Permanente  DAMS  Morte

DPVAT

31/06/2019

Local e data

05 AGO 2019

DE SEGUROS  
CORRETORA DE SEGUROS  
www.corretoresdeseguros.com.br

Allton Alves da Oliveira

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0265052/19

**Vítima:** AILTON ALVES DE OLIVEIRA

**CPF:** 040.626.623-96

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 15/05/2019

**Titular do CPF:** AILTON ALVES DE OLIVEIRA

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação

### ANTONIO FLORIANO DE SOUSA : 347.229.123-00

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

### AILTON ALVES DE OLIVEIRA : 040.626.623-96

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.  
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/08/2019  
Nome: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA  
CPF: 347.229.123-00

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/08/2019  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3190462424**

Nome do(a) Examinado(a): **AILTON ALVES DE OLIVEIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**R FRANCISCO MAGNOLIA, 2155 - STA MARIA - Teresina - PI - CEP 64012-470**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PI** ] **2919879**

Data e local do acidente: [ **15/05/2019** ]

**AV PRINCIPAL DO POTY S/N BAIRRO SANTA MARIA - TERESINA -PI**

Data e local do exame: [ **22/08/2019** ] **Teresina** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA LUXAÇÃO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA DO 2º PODODÁCTILO ESQUERDO E AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO HÁLUX ESQUERDO.**

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**AO EXAME: VÍTIMA APRESENTA AMPUTAÇÃO TOTAL DO HÁLUX ESQUERDO E AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL DO 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO.**

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [ ] Não

**IV.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REGULARIZAÇÃO DO COTO DE AMPUTAÇÃO DO HALUX E LIMPEZA MECÂNICO CIRURGICA E AMPUTAÇÃO DE FALANGE DISTAL DE 2 PODODÁCTILO PÉ ESQUERDO. REALIZOU FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS;ALTA MÉDICA**

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ **X** ] Sim [ ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**Amputação do 1º pododáctilo esquerdo, Amputação do 2º pododáctilo esquerdo**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

(  ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_ dias

(  ) "Sem sequela permanente" (Não  
existem lesões diretamente decorrentes de  
acidente de trânsito que não sejam  
suscetíveis de amenização proporcionada  
por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam  
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**1º pododáctilo esquerdo**

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

**2º pododáctilo esquerdo**

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

**VIII.** \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou  
a valoração do dano corporal.



Dr. Ismar Aguiar M. Filho  
Médico  
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190462424**

**Vítima: AILTON ALVES DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 15/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), AILTON ALVES DE OLIVEIRA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 12 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190462424**

**Vítima: AILTON ALVES DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 15/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), AILTON ALVES DE OLIVEIRA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 31 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190462424** **Vítima: AILTON ALVES DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 15/05/2019** **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), AILTON ALVES DE OLIVEIRA**

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\$ 2.025,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 2.025,00

**Recebedor: AILTON ALVES DE OLIVEIRA**

**Valor: R\$ 2.025,00**

**Banco: 001**

**Agência: 000003506-8**

**Conta: 000510044936-1**

**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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
 040-626-623-96 ALTON ALVES DE OLIVEIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: ALTON ALVES DE OLIVEIRA 6 - CPF: 040-626-623-96  
 7 - Profissão: ALVES 8 - Endereço: Rua Francisco Magalhães 9 - Número: 2155 10 - Complemento: 209  
 11 - Bairro: SANTA MARIA DA VIDA 12 - Cidade: TÉMIS 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64012-470  
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 86 99498-2980

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale: uma opção)  CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Bradesco (237)  Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3506 CONTA: 510-0441-9360-1 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

## 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 atende 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, §2º, 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.

05 AGO 2018  
 DE SEGUROS  
 LÍDER  
 CORRETORA

05 AGO 2018  
 LÍDER  
 CORRETORA  
 DE SEGUROS

05 AGO 2018  
 LÍDER  
 CORRETORA  
 DE SEGUROS

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (na Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Vívão 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 (vá 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 áqueles 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário (se não alfabetizado) 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: \_\_\_\_\_

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha

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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
 040-626-623-96 ALTON ALVES DE OLIVEIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: ALTON ALVES DE OLIVEIRA 6 - CPF: 040-626-623-96  
 7 - Profissão: ALVES 8 - Endereço: Rua Francisco Magalhães 9 - Número: 2155 10 - Complemento: 209  
 11 - Bairro: SANTA MARIA DA VIDA 12 - Cidade: TÉMIS 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64012-470  
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 86 99498-2980

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale: uma opção)  CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Bradesco (237)  Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3506 CONTA: 510-0441-9360-1 AGENCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

## 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 atende 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, §2º, 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.

05 AGO 2018  
 DE SEGUROS  
 LÍDER  
 CORRETORA

DPVAT

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (na Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Vívão 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 (viver nascido)?  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 áqueles 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário (se não alfabetizado)

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

40 - Local e Data: 31/08/18

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
COMPROVANTE DE REGULACAO

<b>AUTORIZAÇÃO:</b> 620481986	<b>Nº REGULAÇÃO:</b> 73816	<b>TIPO:</b> AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679647 - UNIDADE MISTA DE SAÚDE D'ANTONIO PEDREIRA DE A MARTINS - BUENOS AIRES		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA		
PACIENTE: AILTON ALVES DE OLIVEIRA	NASCIMENTO: 11/03/1989	

DADOS CLÍNICOS

<b>HISTÓRIA CLÍNICA:</b> PACIENTE VITIMA DE TRAUMA ACIDENTE DE MOTO)APRESENTA FRATURA, LUXAÇÃO E EXPOSIÇÃO ÓSSEA EM PODODACTILOS DIREITOSEN CAMINHO PARA AVALIAÇÃO DO ORTOPÉDISTA			
<b>PROVAS DIAGNÓSTICAS:</b>			
<b>EXAMES SOLICITADOS:</b>			
<b>DIAGNÓSTICO(CID):</b> FRATURA DE OUTRO ARTELHO			
<b>COMORBIDADE:</b>			
PRESSÃO ARTERIAL: 130x80(mmHg)	FREQ. CARDÍACA: 87bpm	SATURAÇÃO: 98%	FREQ. RESPIRATÓRIA: 14pm
GLICEMIA: 140mg/dL	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 15	USO DE O2:	<i>DPVAT</i> CORRETORA DE SEGUROS
<b>USO DROGAS VASOATIVAS:</b>			
<b>USO ANTIBIÓTICOS:</b>			
<b>USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:</b> DICLOFENACO			

**DATA:** 15/05/2019 06:37:11

Dr. Wolther Lopes de Al. S. Filho  
Médico  
CRM-PI 3241  
MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

*Wolther Lopes de Al. S. Filho*

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.025,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AILTON ALVES DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03506-8

CONTA: 000510044936-1

---

Nr. da Autenticação 6B8D75932B76EC3B