

**HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA**

AV SANTOS DUMONT,  
CENTRO, VALENÇA DO PIAUÍ/PI - 64300-000  
CNPJ: 06553564001100  
(89) 3465-1015 - (89) 3465-1369

HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

**Ficha de Atendimento (Emergência)**

Atendimento: P0219403  
Data: 12/10/2018  
Funcionário: EDIMAR

Registro: 78327  
Hora: 21:45:00  
Tipo: CONSULTA  
Sexo: FEMININO

Senha 60

SUS

**MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA**

Nasc.: 14/09/1969 Idade: 49 ANOS, 28 DIAS - Profissão:  
End.: PRIMEIRO DE MAIO, 1.131 - CASA Bairro: VALENTIM  
Cor: INDIGENA Telefone: (89) 9921-5340 Mãe: FRANCISCA LOPES DA SILVA

CPF: 696.043.393-20 - RG: 1183483 - SUS: 16027121263000

Civil: CEP: 64300-000  
Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ/PI  
Pai: APRIGIO FERREIRA DA SILVA

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de ELETIVO

**Procedimentos**

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA  
0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

**História Clínica/Exame físico:**

Paciente, 49 anos, mulher, apresentando dor ciática desde 02/10/2018.

Hora: \_\_\_\_\_  
☐ Internação

**Exames Complementares:****Diagnóstico provável:**

Trauma (Fratura Calcâneo) 22:30

**Prescrição Médica:**

- ① DIFENIDAM 50mg - 0,5 Amp. 10 - EV - 46ans
- ② DORSOMORFONA 40mg - 0,5 Amp. 10 - EV - 46ans
- ③ TRAMAL 50mg - 2,0ml - IM - 46ans

**Anotações da Classificação de Risco**

Hora: 21:49:25

**Prioridade:**

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa/História: TRAUMA (SIC)

**Alergias:** NAO**Medicação Usual:**

PA: 170X90 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

**Observação:**

Conduta: ENC. MEDICO GERAL

INVESTPREV

09 MAI 2019

295179 - ROSANNA RAFENA R. BARBOSA  
Enfermeiro Responsável

**Dados da Alta**

Hora:

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino:

MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA  
Paciente ou Responsável

Dr. Rafael Barbosa Vieira  
Médico  
CRM-PI 6067

6067 - RAFAEL BARBOSA VIEIRA  
Médico Responsável



Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este número

SEU CODIGO

0848399-0

010989717

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.440.748/0001-08 (Ins. Estadual: 15.201.283-5  
Inscrição Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 9-1  
Regime especial de impostos autorizado pela SEFAZ/PI/00/98

Nº da Nota Fiscal

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pelo Lei nº 10.428 de 29 de abril de 2003.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2018	20/09/2018	110	106,93

MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA  
R. 01 DE MAIO 1131 S/C SAO FRANCISCO  
CPF: 00069604339320  
CEP: 64.300-000 - VALENÇA DO PIAUÍ

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	10714	Atual:	13/09/2018
Anterior:	10604	Anterior:	13/08/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Anterior:	15/10/2018
Consumo Médio:	110	Próxima Leitura:	12/09/2018
Consumo Faturador:	110	Emissão:	13/09/2018
		Aprovação:	31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Linha	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Módulo 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A770505		1.1.1.1	91

HISTÓRICO LWN	DESCRIÇÃO DA CONTA	
AGO/18 104	CONSUMO 110 A R\$ 0,833227 =	91,65
JUL/18 72	CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSIP)	13,00
JUN/18 73	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 08/18-00	0,18
MAI/18 65	MULTA POR ATRASO 08/18-00	1,73
ABR/18 68	JUROS DE MORA DE IMPO 08/18-00	0,37
MAR/18 65	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 5,49	
FEV/18 87		
JAN/18 68		
DEZ/17 47		
NOV/17 160		
TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 110 - 0,60-090		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
LIGUE 0800 036 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25	
Parabéns! Até o dia 12/09/2018, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.	

RESERVADO AO FISCO 3BC5.77C7.7017.0ECF.FBCE.A5D2.2251.808D	
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	
Distribuição:	18,98
Energia:	36,07
Transmissão:	5,67
Encargos:	5,74
Tributos:	25,19
IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Base de Cálculo:	91,65
Alíquota ICMS:	22,00%
Valor do ICMS:	20,16
Valor do PIS:	0,89
Valor do COFINS:	4,14

INDICADORES DE CONTINUIDADE						
	7,27	14,53	29,06	3,68	7,35	14,70
	0,00			0,00		0,00
NOVO ORIENTE					07/2018	21,00

Investprev Seguradora S/A

14 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Investprev Seguradora S/A

14 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

**AGESPISA**  
Águas e Esgotos do Piauí S/A

Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI  
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27  
Internet: www.agespisa.com.br  
Atendimento ao Consumidor: 08000 86 8888

**Fatura Mensal**

Matrícula: 7:2850-0  
Hidrometro: A07N261994  
Referência: JAN/2019

Nome/Razão Social/Endereço  
MIRIAN DANTAS NOGUEIRA  
RUA ANTONIO LUIS, 1180  
AMANDO LIMA  
VILANCIA 64300000

AG= 169

Situação	Res	Categorias de Uso	Inscrição		
Água/Esgoto		Com	Ind.	Púb	
3/3	1				113 1 06 0337 0130-000

05/12/2018 08/01/2019

Mês/Ano	Histórico de Consumo	Consumo	Outro
07/18	1279	14	0
08/18	1295	16	0
09/18	1314	19	0
10/18	1332	18	0
11/18	1349	17	0
12/18	1357	8	0
01/19	1369	12	0

Forma de Faturamento  
FATURADO P/ CONSUMO NORMAL

Cod. Responder: 028682089

Consumo Médio: 15

Consumo: 12

Consumo Faturado: 12

Cod. Nome do Serviço

PARCELAMENTO DE DEBITOS PARCELA 003/005

MULTA IMPUNTUALIDADE 001/001

JRDS DE MORA 001/001

MANTENCAO HIDROMETRO

Valor (R\$)

39,44

30,19

1,89

1,89

1,90

VENCIMENTO: 14/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$): 75,31

ANEXO DE DEBITOS: 1 VALOR 75,31

CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007

DIAS APÓS VENCIMENTO: SUSPENSO 30

**CONFERÊNCIA DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PORT 2014-2011**

Parâmetros	Turbidez	Cor	Oxigênio	pH	Temperatura	Condutividade	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	6,5 a 8,5	10 a 30	500 µS/cm	0
Nº Mínimo de Amostras Sazonais							
Nº Amostras Realizadas							
Nº Amostras que Atende Legislação							
Valor Médio	1,50	3,10	7,21	0,00	0,00		

CONCLUSÃO: PRESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.

AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA

ALTERNATIVA. RETIRE A VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR

OU SE JUNTAR LIXO NA REDE COLETORES, ESGOTO COLETADO PELA AGES

PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL



Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este número

SEU CODIGO

0848399-0

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.460.748/0001-08 (Ins. Estadual: 15.201.283-5)  
Inscrição Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impostos autorizado pela SEFAZ/PI nº 001/98

Nº da Nota Fiscal

010989717

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pelo Lei nº 10.428 de 29 de abril de 2003.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2018	20/09/2018	110	106,93

MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA  
R. 01 DE MAIO 1131 S/C SAO FRANCISCO  
CPF: 00069604339320  
CEP: 64.300-000 - VALENCA DO PIAUI

DADOS DA LEITURA	KWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	10714	13/09/2018
Anterior:	10604	13/08/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	15/10/2018
Consumo Médio:	110	Próxima Leitura:
Consumo Faturador:	110	12/09/2018
	FCAM	Emissão:
		13/09/2018
		Aprovação:
		31

NORMAL

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Linha	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Módulo 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A770505		1.1.1.1	91

HISTÓRICO LWN	DESCRIÇÃO DA CONTA	
AGO/18 104	CONSUMO 110 A R\$ 0,833227 =	91,65
JUL/18 72	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	13,00
JUN/18 73	CORRECAO MONETARIA IG 08/18-00	0,18
MAI/18 65	MULTA POR ATRASO 08/18-00	1,73
ABR/18 68	JUROS DE MORA DE IMPO 08/18-00	0,37
MAR/18 65	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 5,49	
FEV/18 87		
JAN/18 68		
DEZ/17 47		
NOV/17 160		
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
0 A 110 - 0,60-090		

ATENÇÃO: MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO  
LIGUE 0800 036 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 12/09/2018, não constataremos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 3BC5.77C7.7017.0ECF.FBCE.A5D2.2251.808D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	18,98	Base de Cálculo:	91,65
Energia:	36,07	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	5,67	Valor do ICMS:	20,16
Encargos:	5,74	Valor do PIS:	0,89
Tributos:	25,19	Valor do COFINS:	4,14

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Índice	Setor	Região	País
7,27	14,53	29,06	3,68
7,35	14,70	4,14	0,00
0,00	0,00	0,00	

NOVO ORIENTE

07/2018

21,00

INVESTPREV

09 MAI 2019

INVESTPREV

09 MAI 2019



Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI  
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27  
Internet: www.agespisa.com.br  
Atendimento ao Consumidor: 08000 86 8888

MATRICULA  
7:2850-0

Hidrometro

A07N261994

Fatura Mensal

JAN/2019

Nome/Razão Social/Endereço  
MIRIAN DANTAS NOGUEIRA  
RUA ANTONIO LUIS, 1180  
AMANDO LIMA  
VILLENCA 64300000

AG= 163

Situação	Res	Categorias de Uso	Inscrição
Ativa	1	Com. Ind. Pub.	113 1 06 0337 0130-000
05/12/2018		08/01/2019	33

Mês/Ano	Histórico de Consumo	Consumo	Ouro
07/18	1279	14	0
08/18	1295	16	0
09/18	1314	19	0
10/18	1322	18	0
11/18	1349	17	0
12/18	1357	8	0
01/19	1369	12	0

Forma de Faturamento  
FATURADO P/ CONSUMO NORMAL

Cod. Responder  
028682089

Consumo Médio  
15

Consumo  
12

Cod. Nome do Serviço  
A.ÁGUA PARCELAMENTO DE DEBITOS PARCELA 003/005  
MULTA IMPUNTUALIDADE 001/001  
J.ROS DE MORA 001/001  
MANUTENCAO HIDROMETRO

Valor (R\$)  
39,44  
30,19  
1,89  
1,89  
1,90

VENCIMENTO 14/01/2019

ANEXO DE DEBITO CANTAS: 1 VALOR  
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007  
DIAS APÓS VENCIMENTO.

TOTAL A PAGAR (R\$)

75,31

SUSPENSO 30

CONDIÇÃO DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PORT 2014-2011						
Parâmetros	Turbidez	Cor	Ouro	PH	Temperatura	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	6,5 a 8,5	10 a 20	0
NI Mínimo de Amostras Saneadas						
NI Amostras Realizadas						
NI Amostras que Atende Legislação						
Valor Médio	1,50	3,10	7,21	0,00	0,00	0,00

CONCLUSÃO: PRESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.  
A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA  
ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR.  
NÃO JOGAR LIXO NA REDE COLETORES. ESGOTO COLETADO PELA AGES  
PIÁ RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL

14 JUN 2019

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu GIVALDO DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF 972.514.783 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 696.043.393 / 20 do sinistro de DPVAT cobertura INVALÍDEZ da Vítima MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 696.043.393 / 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço	Número	Complemento
<u>Rua Antonio Luis</u>	<u>1480</u>	<u>Imbuvu</u>
Bairro	Estado	CEP
<u>Amando Lima</u>	<u>PA</u>	<u>41.300-000</u>
Cidade	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>Valença</u>	<u>(89) 99931661</u>	<u>994093745</u>
Email		
<u>givaldo.nascimento@yahoo.com.br</u>		

Valença de PARAGUAI de 2019  
Local e Data

Givaldo do Nascimento  
Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu GIVALDO DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF 972.514.783 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 696.043.393 / 20 do sinistro de DPVAT cobertura INVALÍDEZ da Vítima MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 696.043.393 / 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Antonio Luis</u>		Número <u>1480</u>	Complemento <u>subarvo</u>
Bairro <u>Amando Lima</u>	Cidade <u>Valença</u>	Estado <u>Piauí</u>	CEP <u>64.300-000</u>
Email <u>givaldo.nascimento@yahoo.com.br</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(89) 999316611</u>	Telefone celular (DDD) <u>994093795</u>

INVESTPREV

09 MAI 2019

Valença de Piauí de 2019  
Local e Data

Givaldo do Nascimento  
Assinatura do Declarante

**HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA**

AV SANTOS DUMONT,  
CENTRO, VALENÇA DO PIAUÍ/PI - 64300-000  
CNPJ: 06553564001100  
(89) 3465-1015 - (89) 3465-1369

HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

**Ficha de Atendimento (Emergência)**

Atendimento: P0219403  
Data: 12/10/2018  
Funcionário: EDIMAR

Registro: 78327  
Hora: 21:45:00  
Tipo: CONSULTA  
Sexo: FEMININO

Senha 60

SUS

**MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA**

Nasc.: 14/09/1969 Idade: 49 ANOS, 28 DIAS - Profissão:  
End.: PRIMEIRO DE MAIO, 1.131 - CASA Bairro: VALENTIM  
Cor: INDIGENA Telefone: (89) 9921-5340 Mãe: FRANCISCA LOPES DA SILVA

CPF: 696.043.393-20 - RG: 1183483 - SUS: 16027121263000

Civil: CEP: 64300-000  
Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ/PI  
Pai: APRIGIO FERREIRA DA SILVA

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de ELETIVO

**Procedimentos**

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA  
0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

**História Clínica/Exame físico:**

Paciente, 49 anos, mulher, apresentando dor ciática desde 02/10/2018.

Hora: \_\_\_\_\_  
☐ Internação

**Exames Complementares:****Diagnóstico provável:**

Trauma (Fatura Calcâneo) 22:30

**Prescrição Médica:**

- ① DIFENIDAM 50mg - 0,5 Amp. 10 - EV - 46ans
- ② Dexametasona 4mg - 0,2 Amp. 10 - EV - 46ans
- ③ Tramal 50mg - 2,0ml - IM - 46ans

Investprev Seguradora S/A

14 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

**Anotações da Classificação de Risco**

Hora: 21:49:25

**Prioridade:**

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa/História: TRAUMA (SIC)

**Alergias:** NAO**Medicação Usual:**

PA: 170X90 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

**Observação:**

Conduta: ENC. MEDICO GERAL

Rosanna Rafena  
Enfermeira  
COREN-PI 235.179

295179 - ROSANNA RAFENA R. BARBOSA  
Enfermeiro Responsável

**Dados da Alta**

Hora:

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino:

MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA  
Paciente ou Responsável

Dr. Rafael Barbosa Vieira  
Médico  
CRM-PI 6067

6067 - RAFAEL BARBOSA VIEIRA  
Médico Responsável

Investprev Seguradora S/A

14 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



PREFEITURA MUNICIPAL DE VALENÇA DO PIAUÍ - PI  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE E MEIO AMBIENTE



## RECEITUÁRIO

Nome: Marcos de Araújo Lopes de Lh.  
RG 1183483

Endereço: \_\_\_\_\_

Declaro para o duvidar,  
para a parte superior  
problemas no sistema esquelético  
CID 10: S92.0, conforme RX  
ouvido, sendo submetido a  
tratamento.

Valença, 14/02/2018

Dr. Luciano Silva Cortez  
Otorrinolaringologista  
CRM 2281

Dr. Luciano Silva Cortez  
Otorrinolaringologista  
CRM 2281

Médico - CRM  
Carimbo

**USO EXCLUSIVO NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE**

Srs : 5  
Img : 1  
Acq : 1

10 cm

Investprev Seguradora S  
14 FEV 2019 OP : Gueist HREP  
CNPJ: 42.366.302/0001-28

ER20181012220450  
MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA  
0



3.87 cm

ER  
12 10 2018  
35.5%

ER20181012220450

MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA

0

**E**

Srs : 5  
Img : 1  
Acq : 1



10 cm

Investprev Seguradora S

14 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

OP: Guesl

HREP

ER

12.10.2018

35,5%

Investprev Seguradora S/A

14 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



Nome: MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA  
Data: 07/12/2018  
Solicitante: FRANCISCO DAS CHAGAS B SOUSA  
Convênio: PARTICULAR  
Código: 14410

**RX DO OMBRO DIREITO (02 INC)**

**RELATÓRIO:**

- Textura óssea reduzida.
- Irregularidades dos contornos da tuberosidade maior do úmero.
- Acrômio curvo.
- Demais estruturas ósseas visualizadas íntegras.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.

Investprev Seguradora S/A

14 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

**IMPRESSÃO DIAGNOSTICA**

- 1- Osteopenia difusa.
- 2- Irregularidades dos contornos da tuberosidade maior do úmero.
- 3- Acrômio curvo.



Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto  
CRM 3255

MARIA DA CRUZ LOPES DE SOUZA  
Sócio-Participante  
Idade: 48 Anos

Data de Rec. 17/02  
Hora de Rec. 09:24

Dir.

Investprev Seguradora S/A

14 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Exame RAO - 05/02/2019  
Indice de exp. 1,75  
Med. Sdr. FRANCISCO DE ASSIS SOUSA

MARIA DA CRUZ LOPES DE SOUZA  
Sócio-Participante  
Idade: 48 Anos

Data de Rec. 17/02  
Hora de Rec. 09:24

Exame OMERO  
Indice de exp. 1,805  
Med. Sdr. FRANCISCO DE ASSIS SOUSA

Data de Rec. 17/02  
Hora de Rec. 09:24

Nome: MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA  
Data: 07/12/2018  
Solicitante: FRANCISCO DAS CHAGAS B SOUSA  
Convênio: PARTICULAR  
Código: 14410

**RX DO TORNOZELO ESQUERDO (02 INC)**

**RELATÓRIO:**

- Textura óssea reduzida.
- Redução do espaço articular associado a esclerose óssea subcondral na articulação talocalcânea
- Demais estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.
- Entesopatia aquileana e plantar de calcâneo.

Investprev Seguradora S/A

14 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

**IMPRESSÃO DIAGNOSTICA:**

- 1- Osteopenia difusa.
- 2- Artrose talocalcânea.
- 3- Entesopatia aquileana e plantar de calcâneo.



**Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto**  
CRM 3255

MARIA DA CRUZ GOMES DA SILVA  
Sexo: feminino  
Idade: 49 Anos

Esq.

Investprev Seguradora S/A

14 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Data de emissão: 7/12/2019  
Folha 1 de 1 (pág. 1 de 1)

**Antonio Bonfim**  
FOLHA 1 DE 1

MARIA DA CRUZ GOMES DA SILVA  
Sexo: feminino  
Idade: 49 Anos

Data: 14/02/2019  
Folha 1 de 1 (pág. 1 de 1)

Exame: TDR  
Indicador de lesão: 2  
Método: SCL

Exame: TDR  
Indicador de lesão: 2  
Método: SCL

PROJ. GERAL VARIANTE 307 - VALÊNCIA - F  
FOI E FOL. 001/001 - 1201  
\* email: [investprev@investprev.com.br](mailto:investprev@investprev.com.br)



CLÍNICA  
**Antonio Bomfim**

TECNOLOGIA A SERVIÇO DA VIDA

Nota de env. Lays de Lely

"Adulto"

Adulto por o dendi julgar a  
possível cura apresenta fardapatia  
e durreti aguda de ouvido

USZ Indisposição durreti.

As Mame = jode, durreti de um  
esta em um d durreti e jereitoy  
reiter.

Apes durreti não é responsável  
por durreti.

Verdade de 03/10/19 e  
agradamento durreti

(USZ 1455425)

04/10/19

Dr. Fco. de S. B. Siqueira  
Otorrinolaringologista  
CRM 3920

Praça Getúlio Vargas, 297 - Fone (89) 3465-1201 - Valença do Piauí - PI  
e-mail: clinicaantonibomfim@hotmail.com

INVESTPREV

09 MAI 2019

Nome: MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA  
Data: 07/12/2018  
Solicitante: FRANCISCO DAS CHAGAS B SOUSA  
Convênio: PARTICULAR  
Código: 14410

## EXAME: US OMBRO DIREITO

### RELATÓRIO:

O exame sonográfico do ombro direito realizado com transdutor de 7,5 MHz de foco dinâmico evidenciou:

- Pele íntegra.
- Tendão do cabo longo do bíceps tópico, envolto por pequena quantidade de líquido.
- Tendão supra espinhal tópico, contendo calcificações.
- Demais tendões do manguito rotador de aspecto habitual.
- Bursa subacromial/subdeltoideia espessada, contendo pequena quantidade de líquido.
- Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.

### IMPRESSÃO DIAGNOSTICA:

- 1- Tendinite bicipital. —
- 2- Tendinopatia cálcica do supra espinhal. —
- 3- Bursite subacromial/subdeltoideia. —



Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto  
CRM 3255

**RX DO OMBRO DIREITO (02 INC)**

**RELATÓRIO:**

- Textura óssea reduzida.
- Irregularidades dos contornos da tuberosidade maior do úmero.
- Acrômio curvo.
- Demais estruturas ósseas visualizadas íntegras.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.

**IMPRESSÃO DIAGNOSTICA**

- 1- Osteopenia difusa.
- 2- Irregularidades dos contornos da tuberosidade maior do úmero.
- 3- Acrômio curvo.



Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto  
CRM 3255

**RX DO TORNOZELO ESQUERDO (02 INC)**

**RELATÓRIO:**

- Textura óssea reduzida.
- Redução do espaço articular associado a esclerose óssea subcondral na articulação talocalcânea.
- Demais estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares preservados.
- Entesopatia aquiliana e plantar de calcâneo.

**IMPRESSÃO DIAGNOSTICA:**

- 1- Osteopenia difusa.
- 2- Artrose talocalcânea.
- 3- Entesopatia aquiliana e plantar de calcâneo.



Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto  
CRM 3255

MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA

Nasc.: 14/09/1969 Idade: 49 ANOS, 28 DIAS

End.: PRIMEIRO DE MAIO, 1.131 - CASA

Cor: INDIGENA Telefone: (89) 9921-5340

Profissão:  
Bairro: VALENTIM  
Mãe: FRANCISCA LOPES DA SILVA

CPF: 696.043.393-20 - RG: 1183483 - SUS: 16027121

Civil: CEP: 640

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ/PI

Pai: APRIGIO FERREIRA DA

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de ELETIVO

Procedimentos

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

História Clínica/Exame físico:

Paciente, 49 anos, uma gravidez. História de ALGIA no abdômen.

Hora: \_\_\_\_\_  
☐ Internação

Exames Complementares:

Diagnóstico provável:

TRAUMA (FURTO CALCANHAR) 22:30

Prescrição Médica:

DIPIRONA 500mg - 0,5 Amp. IV - 48hrs

DIPLOMATICA 4ml - 0,5 Amp. IV - 48hrs

TRANCHE 50mg - 0,5ml - IM - 48hrs

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 21:49:25

Prioridade:

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa/História: TRAUMA (SIC)

Alergias: NAO

Medicação Usual:

PA: 170X90 mmHg

TAX: 0%

FR: 0 mrpm

SAT O2: 8

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

Conduta: ENC. MEDICO GERAL

Rosanna Rafena  
Enfermeira  
COREN-PI 298.179

295179 - ROSANNA RAFENA R. BARBOSA  
Enfermeiro Responsável

Hora:

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino:

MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA  
Paciente ou Responsável

Dr. Rafael Barbosa Vieira  
Médico  
CRM-PI 8087

6067 - RAFAEL BARBOSA VIEIRA  
Médico Responsável



PREFEITURA MUNICIPAL DE VALENÇA DO PIAUÍ - PI  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE E MEIO AMBIENTE



## RECEITUÁRIO

Nome: Maria de Anjos Lopes de L.  
R# 1183483

Endereço: \_\_\_\_\_

Declaro para o senhor,  
para a parte superior  
problema no calcâneo esquerdo  
CID 10: S92.0, conforme RX  
osses, sendo submetido a  
trt conservador.

Valença, 17/10/2018

  
Dr. Luciano Silva Cortes  
Otorrinolaringologista  
CRM 1291  
Médico - CRM  
Carimbo

**USO EXCLUSIVO NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE**

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.183.483 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/10/17

NOME MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA

FILIAÇÃO FRANCISCA LOPES DA SILVA  
APRÍGIO PEREIRA DA SILVA

NATURALIDADE VALENÇA DO PIAUI-PI DATA DE NASCIMENTO 14/09/1969

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 5691 L A-06 F 94-V

CPF EXP VALENÇA DO PIAUI 696.043.393-2

1369897 Francisco das Chagas Pinheiro Martins  
Perito Represenista Policial Classe 5a ped

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

Investprev Seguradora S/A

14 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

1369897 Maria da Cruz Lopes da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Investprev Seguradora S/A

14 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2.112.027	DATA DE EXPEDIÇÃO	26/03/14
NOME GIVALDO DO NASCIMENTO			
FILIAÇÃO ESMERALDA MARIA DO NASCIMENTO SANTIAGO			
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO		
VALENÇA DO PIAUI-PI	01/11/1980		
DOC. ORIGEM			
CERT. CASAM. 2623 L 7B F 150V			
EXP VALENÇA DO PIAUI-PI 13/07/12			
TIRISSINA - PI			
972.574.783-68 ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 88.250/83			

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.183.483 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/10/17

NOME MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA

FILIAÇÃO FRANCISCA LOPES DA SILVA  
APRÍGIO PEREIRA DA SILVA

NATURALIDADE VALENÇA DO PIAUI-PI DATA DE NASCIMENTO 14/09/1969

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 5691 L A-06 F 94-V

CPF EXP VALENÇA DO PIAUI 696.043.393-2

1369897 Francisco das Chagas Pinheiro Martins  
Perito Repressorista Policial Classe 5a ped

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

INVESTPREV

09 MAI 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

1369897 Maria da Cruz Lopes da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

## CARTA DE PEDIDO DE REAVALIAÇÃO

VITIMA – MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA

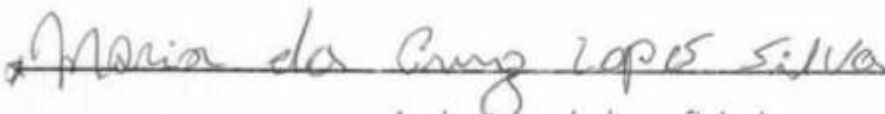
Eu Maria da Cruz Lopes da Silva , brasileira, solteira, não informado , residente na Rua 01 de maio.1131 da cidade de Valença do Piauí, Bairro, data de nascimento 14/09/1969 , RG-1.183.483 SSP/PI, CPF-696.043.393-

20

### HISTÓRIA

Venho por meio dessa carta e novo laudo médico que peço a seguradora líder que reavalie meu processo por não concordar com a negação do meu processo, sendo que fiquei com sequelas permanentes como consta em laudo médico . Peço que marque uma perícia médica para comprovar o que estou informando . Peço a compreensão de todos que fazem parte desse órgão .

Valença do Piauí , 13 de março de 2019



Assinatura do beneficiário

INVESTPREV

09 MAI 2019

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190314835 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA **Data do acidente:** 12/10/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO DE OMBRO DIREITO E TRAUMA CONTUSO DE CALCÂNEO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** AMBOS CONSERVADOR.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190314835 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA **Data do acidente:** 12/10/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO DE OMBRO DIREITO E TRAUMA CONTUSO DE CALCÂNEO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** AMBOS CONSERVADOR.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

**PROCURAÇÃO PARTICULAR**  
(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

**OUTORGANTE:**

Nome: MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA  
Nacionalidade: BRASILEIRA  
Estado civil: SOLTEIRA  
Identidade: 1.188.483 - SSP/PI  
CPF: 696.043.393-20  
Profissão: NAO INFORMADO  
Endereço: RUA O1 MAIO 1131 VALENÇA DO PIAUÍ  
CEP: 64-3001000  
Telefone: (89) 999215340

Investprev Seguradora S/A

14 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

**OUTORGADO:**

Nome: OSVALDO DO NASCIMENTO  
Nacionalidade: BRASILEIRO  
Estado civil: DIVORCIADO  
Identidade: 2.112.023 SSP/PI  
CPF/CNPJ: 972.574.783-68  
Profissão: NAO INFORMADO  
Endereço: RUA ANTONIO LUIS 1180 VALENÇA DO PIAUÍ  
CEP: 64-3002000  
Telefone: (89) 999316671

Peio presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar 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 pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e enfim praticar todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. *INVALÍDEZ e*

*DAMSS / DATA DO ACDINT: 12/10/2018*

Maria da Cruz Lopes da Silva  
Assinatura do Outorgante

(RECONHECER POR AUTENTICIDADE/VERDADEIRO)

VALENÇA DO PIAUÍ / 17/01/2019  
Local e data

Id-educ  
ep oir

2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piauí / PI  
Rua Eurípedes Martins, 360 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (89) 3465-1171

RECONHECIDO - POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA  
DOU-RE, ENTEST. 17 DA VERDADE. VALENÇA DO PIAUÍ-PI, 11/01/2019  
Esp. 371-030.74 Sel. 20.72 Total 9.71 Sel. 401.9560 (E-CP11)  
Ana Cláudia Melo L. F. Cheves Barbosa  
Ana Cláudia Melo L. F. Cheves Barbosa - ESCRIVENTE



Ana Cláudia Melo L. F. Cheves Barbosa  
Escrivente Autorizada

**PROCURAÇÃO PARTICULAR**  
(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

**INVESTPREV**

09 MAI 2019

**OUTORGANTE:**

Nome: MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA  
Nacionalidade: BRASILEIRA  
Estado civil: SOLTEIRA  
Identidade: 1.188.483 - SSP/PI  
CPF: 696.043.393-20  
Profissão: NAO INFORMADO  
Endereço: RUA O1 MAIO 1131 VALENÇA DO PIAUÍ  
CEP: 64-3001000  
Telefone: (89) 999215340

**OUTORGADO:**

Nome: OSVALDO DO NASCIMENTO  
Nacionalidade: BRASILEIRO  
Estado civil: DIVORCIADO  
Identidade: 2.112.023 - SSP/PI  
CPF/CNPJ: 972.574.783-68  
Profissão: NAO INFORMADO  
Endereço: RUA ANTONIO LUIS 1180 VALENÇA DO PIAUÍ  
CEP: 64-3002000  
Telefone: (89) 999316671

Peio presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar 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 pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e enfim praticar todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. **INVÁLIDez e**

**DAMSS / DATA DO Atestado: 12/10/2018**

Maria da Cruz Lopes da Silva  
Assinatura do Outorgante

(RECONHECER POR AUTENTICIDADE/VERDADEIRO)

VALENÇA DO PIAUÍ / 07/01/2019  
Local e data

2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piauí / PI  
Rua Euripedes Martins, 360 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (89) 3465-1171

RECONHECIDO - POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA  
DOU-RE: ENTEST. 19 DA VERDADE. VALENÇA DO PIAUÍ-PI 11/01/2019  
Esp. 371-030.74 Sel. 20.72 Total 9.71 Sel. 401.9560 (E) 401.11  
Ana Cláudia Melo L. F. Chaves Barbosa  
Ana Cláudia Melo L. F. Chaves Barbosa - ESCRIVÃO



Ana Cláudia Melo L. F. Chaves Barbosa  
Escrivente Autorizada

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0155866/19

**Número do Sinistro:** 3190314835

**Vítima:** MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA

**CPF:** 696.043.393-20

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 12/10/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA : 696.043.393-20**

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: 14/06/2019  
Nome: GIVALDO DO NASCIMENTO  
CPF: 972.574.783-68

GIVALDO DO NASCIMENTO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/06/2019  
Nome: LARISSA DEMINE ANNE ESTEVES DE OLIVEIRA  
CPF: 703.920.411-89

LARISSA DEMINE ANNE ESTEVES DE OLIVEIRA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0155866/19

**Vítima:** MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA

**CPF:** 696.043.393-20

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 12/10/2018

**Titular do CPF:** MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

### GIVALDO DO NASCIMENTO : 972.574.783-68

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

### MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA : 696.043.393-20

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: 09/05/2019  
Nome: GIVALDO DO NASCIMENTO  
CPF: 972.574.783-68

GIVALDO DO NASCIMENTO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/05/2019  
Nome: Juliana Teles Martins  
CPF: 040.897.701-90

Juliana Teles Martins

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0056519/19

**Vítima:** MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA

**CPF:** 696.043.393-20

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 12/10/2018

**Titular do CPF:** MARIA DA CRUZ LOPES  
DA SILVA

**Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

### GIVALDO DO NASCIMENTO : 972.574.783-68

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

### MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA : 696.043.393-20

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: 14/02/2019  
Nome: GIVALDO DO NASCIMENTO  
CPF: 972.574.783-68

GIVALDO DO NASCIMENTO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/02/2019  
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva  
CPF: 063.066.023-99

Antonia Daniella Ferreira da Silva

---

**Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190314835**

**Vítima: MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA**

**Data do Acidente: 12/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GIVALDO DO NASCIMENTO**

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

**Senhor(a), MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190314835

Vítima: MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA

Data do Acidente: 12/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIVALDO DO NASCIMENTO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190314835**

**Vítima: MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA**

**Data do Acidente: 12/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GIVALDO DO NASCIMENTO**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 696.043.393-20 Nome completo da vítima: MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA

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

Nome completo: MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA CPF: 696.043.393-20

Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: NÃO INFORMADO RUA OLÍMPIA DE MAIO Número: 1131 Complemento: MABANO

Bairro: SÃO FRANCISCO Cidade: VALENÇA Estado: PIAUÍ CEP: 64.300-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): \_\_\_\_\_

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 3887 CONTA: 00077863 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.

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

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: \_\_\_\_\_ Fallecidos: \_\_\_\_\_ nascidos (ou nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: VALENÇA DO PIAUÍ 14/01/19

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**INVESTPREV**  
Assinatura

09-MAI-2019

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÓGIO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



4392 6719 3258 8433

MARIA DA CRUZ LOPES SILVA

3887 013 00022263-5 10/24

Valid only in Brazil / Valido apenas no Brasil

**VISA**

Electron



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122451.000023/2019-01**

Unidade de Registro: DP DE PIMENTEIRAS

Resp. pelo Registro: Alexandre Alysson Nogueira Ramos

Data/Hora: 07/01/2019 - 16:48

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DP DE VALENÇA DO PIAUI

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

VALENÇA DO PIAUI

Endereço

AVENIDA EPAMINONDAS NOGUEIRA, Nº:

Complemento

Data/Hora

12/10/2018 - 21:30

**INVESTPREV**

09 MAI 2019

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA

RG: 1183483 SSPPI PI

Mãe: FRANCISCA LOPES DA SILVA

Pai: APRÍGIO PEREIRA DA SILVA

Endereço: RUA 1 DE MAIO, Nº 1131

Complemento: BAIRRO: SÃO FRANCISCO

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: VALENÇA DO PIAUI - CEP: 64300-000

Telefone(s): 89-9921-5340

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

**VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

Marca:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA. BIZ 125

2007

NHU0966

9C2JA04107R036595

923785914

Prata

Condutor: ALYSON FELYCIO DE SOUSA MACÊDO

Cidade: VALENÇA DO PIAUI UF: PI Bairro:

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

A VITIMA COMPARECEU A DELEGACIA DE VALENÇA DO PIAUI, PARA REGISTRAR A OCORRÊNCIA NO SEGUINTE TEOR: QUE NO DIA E HORA ACIMA MENCIONADO QUE ESTAVA PASSANDO PELA RUA QUANDO A MOTOCICLETA DE PLACA NHU-0966 DE COR PRATA E RENAVAM 923785914, VEIO A COLIDIR A VITIMA, QUE EM SEGUIDA FOI LEVADA AO HOSPITAL DA VALENÇA PARA REALIZAÇÃO DE ATENDIMENTO. TODAS AS INFORMAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO AO HOSPITAL ESTÁ COM A VITIMA. ERA O QUE EU TINHA A RELATAR.

Alexandre Alysson Nogueira Ramos - Mat. 2868113  
AGENTE DE POLÍCIA

Maria da Cruz Lopes da Silva  
MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

**HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA**

AV SANTOS DUMONT,  
CENTRO, VALENÇA DO PIAUÍ/PI - 64300-000  
CNPJ: 06553564001100  
(89) 3465-1015 - (89) 3465-1369

HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

**Ficha de Atendimento (Emergência)**

Atendimento: P0219403  
Data: 12/10/2018  
Funcionário: EDIMAR

Registro: 78327  
Hora: 21:45:00  
Tipo: CONSULTA  
Sexo: FEMININO

Senha 60

SUS

**MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA**

Nasc.: 14/09/1969 Idade: 49 ANOS, 28 DIAS - Profissão:  
End.: PRIMEIRO DE MAIO, 1.131 - CASA Bairro: VALENTIM  
Cor: INDIGENA Telefone: (89) 9921-5340 Mãe: FRANCISCA LOPES DA SILVA

CPF: 696.043.393-20 - RG: 1183483 - SUS: 16027121263000

Civil: CEP: 64300-000  
Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ/PI  
Pai: APRIGIO FERREIRA DA SILVA

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de ELETIVO

**Procedimentos**

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA  
0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

**História Clínica/Exame físico:**

Paciente, 49 anos, com trauma de cabeça e membros superiores e inferiores.

Hora: \_\_\_\_\_  
☐ Internação

**Exames Complementares:****Diagnóstico provável:**

Trauma (Fratura Calcaneus) 22:30

**Prescrição Médica:**

- ① DIFENIDAM 50mg - 0,5 Amp. 10 - EV - 46ans
- ② DIFENIDAM 50mg - 0,5 Amp. 10 - EV - 46ans
- ③ TRAMAL 50mg - 2,0ml - IM - 46ans

Investprev Seguradora S/A

14 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

**Anotações da Classificação de Risco**

Hora: 21:49:25

**Prioridade:**

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa/História: TRAUMA (SIC)

**Alergias:** NAO**Medicação Usual:**

PA: 170X90 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

**Observação:**

Conduta: ENC. MEDICO GERAL

Rosanna Rafena  
Enfermeira  
COREN-PI 235.179

295179 - ROSANNA RAFENA R. BARBOSA  
Enfermeiro Responsável

**Dados da Alta**

Hora:

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino:

MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA  
Paciente ou Responsável

Dr. Rafael Barbosa Vieira  
Médico  
CRM-PI 6067

6067 - RAFAEL BARBOSA VIEIRA  
Médico Responsável



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do acidente ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 696.043.393-20 Nome completo da vítima: MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA

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

Nome completo: MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA CPF: 696.043.393-20

Profissão: NAO INFORMADO Endereço: RUA OLÍMPIA Número: 1131 Complemento: IMBATO

Cidade: SAO FRANCISCO Estado: PI CEP: 64309-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

DADOS CADASTRAIS

RECEITA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE C/C:

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para fins bancários. Assinale uma opção)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (004) ☐ Itaú (343) ☐ Bradesco (237)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3927 CONTA: 00022865 ☐ 5

(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/ressarcimento do Seguro DPVAT e que eu tive direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declara, 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 (assinale 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.

Relembro assinado, solicito o prosseguimento do processo de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base no documento aqui apresentado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação dos efeitos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 8.294/74, art. 39, §1º, sabendo que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Gravidez da vítima: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pai/avô vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou mãe/avó vivas? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem e provarem este condição, estando ciente, ainda, de que qualquer erro no preenchimento não verdadeiro poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 267 do Código Penal.

Local e data: VALPARAÍSO DO ARI/PI/01/19

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina a RDC: Maria da Cruz Lopes da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**INVESTPREV**

Assinatura: \_\_\_\_\_

**09 MAI 2019**

Assinatura: \_\_\_\_\_

(\*) A vítima/beneficiário não habilitado deverá assinar o formulário, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÓGÓ, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.