

**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

Clinica: **CLINICA GERAL**

Demand: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de **ELETIVO**

**Procedimentos**

0301060037 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

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

**História Clínica/Exame físico:**

Paciente: 44 m, utero gravida. Dor no abdômen. Hora: 21 ALGIA / dor no abdômen. Hora: 21:45:00  
 Internação

**Exames Complementares:**

**Diagnóstico provável:**

TRAUMA (Fratura calcaneo) 22:30

**Prescrição Médica:**

- DIPLOMA 500ml 03 Amp. AD - IV - 480ml
- DIPLOMA 400ml 03 Amp. AD - IV - 460ml
- TRAMAL 50,7ml - 3,0ml - 3m - 480ml

**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:**

**Conduita:** ENC. MEDICO GERAL

**INVESTPREV**

09 MAI 2019

  
 Rosanna Rafena  
 Enfermeira  
 COREN-PI 295.179

295179 - ROSANNA RAFENA R. BARBOSA  
 Enfermeiro Responsável

**Dados da Alta**

Hora:

Alta  Óbito  Evasão  Transferencia Destino:

  
 Dr. Rafael Barbosa Vieira  
 Médico  
 CRM-PI 6067

MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA  
 Paciente ou Responsável

6067 - RAFAEL BARBOSA VIEIRA  
 Médico Responsável



Eletrobras  
Distribuição Piauí

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este número:

SEU CODIGO  
0848399-0

Nº da Nota Fiscal  
010989717

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Marechal 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 05.040.748/0001-08 | Ins. Estadual: 15.201.383-6  
Número Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série: 9-2  
Folha especial de impressão autorizada pelo SPC-PI: 05/98

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.439 da 29 de junho de 2007.

DATA/MES	DATA 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	Nº	DATAS DA LEITURA
Anterior	10714	13/09/2018
Anterior	10604	13/08/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	15/10/2018
Consumo Médio:	110	Próxima Leitura:
Consumo Faturado:	110	Emissor:
		13/09/2018
		Apresentação:
		31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA:					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Faz.	Média 12 Meses
RESIDENCIAL	MONO	A770505		1.1.1.1	91

HISTÓRICO kWh	DESCRICAÇÃO 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 - 0,58030	

MENSAGENS IMPORTANTES / AVISOS DE VENCIMENTO  
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 3 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 12/09/2018, não constatamos faturas vencida  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 3BC5.77C7.7017.0ECF.FBCE.A5D2.2251.80BD

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

7,27 14,53 29,06 3,68 7,35 14,70 4,14  
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**  
Aguas 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**

**Referência:** JAN/2019

**TIPO DE FATURA:** 7:2850-0

**Hidrômetro:** A07N261994

**AG= 163**

**Nome/Razão Social/Endereço:**  
MIRIAN DANTAS NOGUEIRA  
RUA ANTONIO LUIS, 1180  
ARANDO LIMA  
VALINCA 64300000

**Situação Aguas/Águas:** 0/1

**Categorias de Uso:** Com. Ind. Pub.

**Inscrição:** 113 1 06 0337 0130-000

**Data:** 05/12/2018

**Consumo:** 08/01/2019

**33**

**Relatório de Consumo:**

Mês/Ano	Leitura	Consumo	Obs.
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	17	0
01/19	1369	12	0

**Forma de Faturamento:** **FATURADO P/ CONSUMO NORMAL**

**Cad. Residencial:** 028682089

**Condição de Fatura:** 01

**Consumo Médio:** 15

**Consumo:** 12

**Consumo Padrão:** 12

**Valor (R\$):**

39,44
30,19
1,89
1,89
1,89
1,89

**VENCIMENTO:** 14/01/2019

**TIPO DE DEBITO:** CONTAS: 1 VALOR R\$ 75,31

**CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2006**

**DIAS APÓS VENCIMENTO:** 11.445/2006

**SUSPENSO:** 30

**CONTRATO DE QUALIFICAÇÃO DE ÁGUA CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2006**

Perímetro	Turbida	Cor	Coro	PH	Salto	Coliforme	Escherichia Coli
Vel/ Máximo Permiss	5.0	16	5.0	6.0-8.5	0.2	Acima	Acima
Nº Mínimo de Amostras Exigidas							
Nº Amostras Realizadas							
Nº Amostra que Abre a Legislação							
Valor Médio	1.50	3.10	7.21		0.00	0.00	

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

**Manutenção:** A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR.

**Atividade:** PESA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINACAO FINAL



Eletrobras  
Distribuição Piauí

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este número:

SEU CODIGO

0848399-0

010989717

Nº da Nota Fiscal

COMPANHIA ENERGETICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 05.040.748/0001-08 | Ins. Estadual: 15.201.383-6  
Número Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série: 9-1  
Folha especial de impressão autorizada pelo SEPLC: 09/98

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.439 da 29 de junho de 2007.

DATA/MES	DATA 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

INVESTPREV

09 MAI 2019

DATA DA LEITURA	Nº	DATAS DA LEITURA
Audi	10714	13/09/2018
Anterior	10604	13/08/2018
Constância de Multiplicação:	1,000	15/10/2018
Consumo Médio:	110	Próxima Leitura:
Consumo Faturado:	110	Emissão:
		13/09/2018
		Apresentação:
		31

NORMAL

Classe/Subclasse	Língua	Número Medidor	Posto	Código Faz.	Média 12 Meses
RESIDENCIAL	MONO	A770505		1.1.1.1	91

HISTÓRICO kWh	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 - 0,58030	

MENSAGENS IMPORTANTES / AVISOS DE VENCIMENTO  
LIGUE 0800 036 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 3 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 12/09/2018, não constatamos faturas vencida  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 3BC5.77C7.7017.0ECF.FBCE.A5D2.2251.80BD

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

INDICADORES DE CONTINUIDADE

7,27 14,53 29,06 3,68 7,35 14,70 4,14  
0,00 0,00 0,00

NOVO ORIENTE

07/2018 21:00

# INVESTPREV

09 MAI 2019

**AGESPISA**  
Aguas 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**

**Referência:** JAN/2019

**Matrícula:** 72850-0

**Hidrômetro:** A07N261994

**Nome/Razão Social/Endereço:**  
MIRIAN DANTAS NOGUEIRA  
RUA ANTONIO LUIS, 1180  
ARANDO LIMA  
VALINCA 64300000

**AG= 163**

Situação Agua/Água	Res.	Categorias de Uso	Inscrição																																
3/1	1	Com. Ind. Pub.	113 1 06 0337 0130-000																																
05/12/2018		08/01/2019	33																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês/Ano</th> <th>Leitura</th> <th>Consumo</th> <th>Outros</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>07/18</td> <td>1279</td> <td>14</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>08/18</td> <td>1295</td> <td>16</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>09/18</td> <td>1314</td> <td>19</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>10/18</td> <td>1332</td> <td>18</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>11/18</td> <td>1349</td> <td>17</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>12/18</td> <td>1357</td> <td>17</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>01/19</td> <td>1369</td> <td>12</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>				Mês/Ano	Leitura	Consumo	Outros	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	17	0	01/19	1369	12	0
Mês/Ano	Leitura	Consumo	Outros																																
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	17	0																																
01/19	1369	12	0																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Forma de Faturamento</th> </tr> <tr> <th colspan="2">FATURADO P/ CONSUMO NORMAL</th> </tr> <tr> <th>Cad. Residencial</th> <td>028682089</td> </tr> <tr> <td>Consumo Médio</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>Consumo</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>Consumo Padrão</td> <td>12</td> </tr> </thead> </table>				Forma de Faturamento		FATURADO P/ CONSUMO NORMAL		Cad. Residencial	028682089	Consumo Médio	15	Consumo	12	Consumo Padrão	12																				
Forma de Faturamento																																			
FATURADO P/ CONSUMO NORMAL																																			
Cad. Residencial	028682089																																		
Consumo Médio	15																																		
Consumo	12																																		
Consumo Padrão	12																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Cad. Água</th> <th>Nome do Serviço</th> <th>Descrição da Fatura</th> <th>Valor (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">PARCELAMENTO DE DEEITOS PARCELA 003/005</td> <td>39,44</td> </tr> <tr> <td colspan="3">MULTA IMPONTEUALDAE 001/001</td> <td>30,19</td> </tr> <tr> <td colspan="3">JUROS DE MORA 001/001</td> <td>1,89</td> </tr> <tr> <td colspan="3">MANUTENÇÃO HIDROMETRO</td> <td>1,89</td> </tr> <tr> <td colspan="3"></td> <td>1,30</td> </tr> </tbody> </table>				Cad. Água	Nome do Serviço	Descrição da Fatura	Valor (R\$)	PARCELAMENTO DE DEEITOS PARCELA 003/005			39,44	MULTA IMPONTEUALDAE 001/001			30,19	JUROS DE MORA 001/001			1,89	MANUTENÇÃO HIDROMETRO			1,89				1,30								
Cad. Água	Nome do Serviço	Descrição da Fatura	Valor (R\$)																																
PARCELAMENTO DE DEEITOS PARCELA 003/005			39,44																																
MULTA IMPONTEUALDAE 001/001			30,19																																
JUROS DE MORA 001/001			1,89																																
MANUTENÇÃO HIDROMETRO			1,89																																
			1,30																																

**VENCIMENTO:** 14/01/2019 **TOTAL PAGAVEL:** 75,31  
**ATÉ DE DEBITO:** CONTAS: 1 VALOR RETIDO 0,00  
**CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2006**  
**DIAS APÓS VENCIMENTO:** SUSPENSO 30

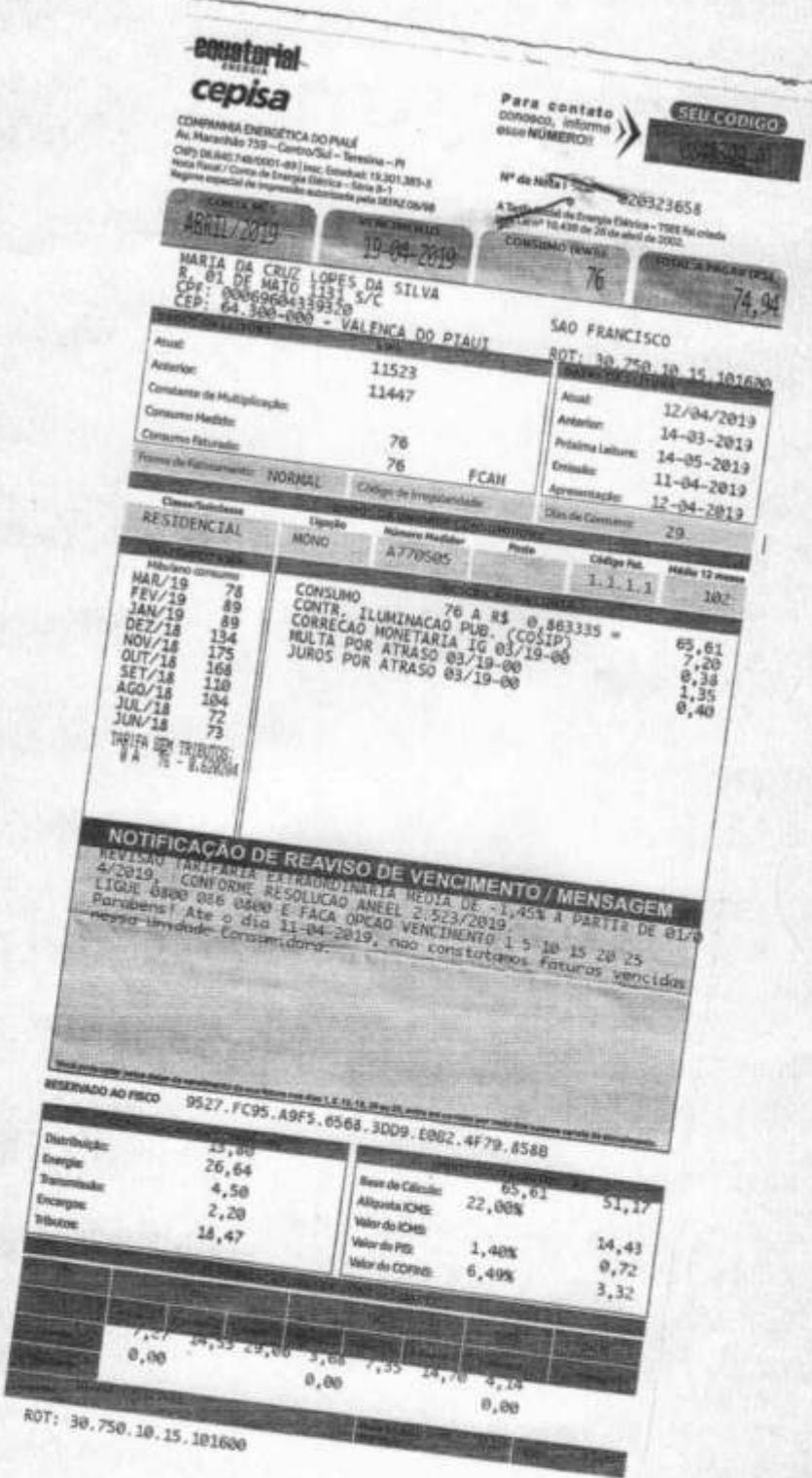
**CONTRATO DE QUALIFICAÇÃO DE ÁGUA CONFORME ZONAS DE RISCO**

Perímetros	Turbida	Cor	Coro	PH	Florido	Coliforme	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	Sa	16	5,5	6,0-8,5	0,2	Acima	Acima
Nº Mismo de Amostras Exigidas							
Nº Amostras Realizadas							
Nº Amostra que Abre Ligeiramente							
Valor Médio	1,50	3,10	7,21		0,00	0,00	0,00

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

**Manutenção:** A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR.

**Atenção:** JETAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGESPISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINACAO FINAL.



## INVESTPREV

14 JUN 2019

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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 972.514.783-168, 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 TRAVADEL 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: Investprev Seguradora S/A

Recuso informar

14 FEVEREIRO DE 2019

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

CNPJ: 42.366.302/0001-28

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

Endereço	Rua Antônio Mis	Número	1180	Complemento
Bairro	Amando Lima	Cidade	Valença	CEP
Email	valdo.nascimento@valco.com.br	Telefone comercial (DDD)	89	Telefone celular (DDD)
			977316611	994093795

Valença/PA, 17 de FEVEREIRO de 2019  
Local e Data

Givaldo do Nascimento  
Assinatura do Declarante

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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 972.514.783-168, 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 TRAVADEL 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 Antônio Mis</u>	<u>Bairro</u>	<u>Cidade</u>	<u>1180</u>	<u>lmbaço</u>
<u>Amando Lima</u>		<u>Valença</u>		
<u>givaldo.nascimento@yahoo.com.br</u>	<u>Email</u>		<u>Telefone comercial (DDD)</u>	<u>CEP</u>
			<u>(89) 977316611 / 994093795</u>	<u>Telefone celular (DDD)</u>

**INVESTPREV**  
09 MAI 2019

Valença/PA, 17 de maio de 2019  
Local e Data

Givaldo do Nascimento  
Assinatura do Declarante

**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

Clinica: **CLINICA GERAL**

Demand: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de **ELETIVO**

**Procedimentos**

0301060037 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

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

**História Clínica/Exame físico:**

Paciente: 44 m, utero gravida. Dor no abdômen. Hora: 21 ALGIA / dor no abdômen. Hora: 21:45:00  
 Internação

**Exames Complementares:**

Investprev Seguradora S/A

**Diagnóstico provável:**

TRAUMA (Fratura calcaneo) 22:30

**Prescrição Médica:**

14 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

- ① DIPLOMA 500ml 03 Amp. AD - IV - 460ml  
 ② DIPLOMA 400ml 03 Amp. AD - IV - 460ml  
 ③ TRAMAL 50,7ml - 3,0ml - 3ml - 460ml

**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:**

**Conduita:** ENC. MEDICO GERAL

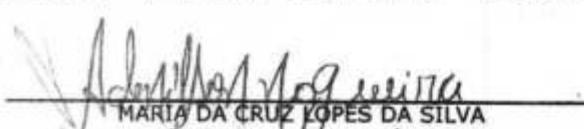
  
 Rosanna Rafena  
 Enfermeira  
 COREN-PI 295.179

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



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



Investprev Seguradora S/A

14 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

## RECEITUÁRIO

Nome: Maria de Lurdes Lopes da Silva  
RG 11834835

Endereço: \_\_\_\_\_

Declaro para o meu  
juramento que a paciente no meu  
atendimento em calcanhar apresenta  
CID 10: S92.0, conforme RX  
que exibe, tendo resultado a  
tela convulsão.

Dr. Luciano Silveira Cortez  
Médico Geral  
CRM 22311

Dr. Luciano Silveira Cortez  
Médico Geral  
CRM 22311

Médico - CRM  
Carimbo

Valença, 17/10/2018

USO EXCLUSIVO NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

ER20181012220450  
MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA  
0

Srs: 5  
Img: 1  
Acq: 1

3.87 cm

10 cm  
Investprev Seguradora S/A  
14 FEV 2019  
CNPJ: 42.366.302/0001-28  
OP: G181  
HREP





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.
- Acrônio 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- Acrônio curvo.

  
Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto  
CRM 3255

MAPA DE GRUPO DE 33-54  
Sociedad  
edad 48 años

DATA DE ACESO: 07/07/2012  
TIPO DE USO: 02/2

Dir.

Investprev Seguradora S/A

14 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Exame NAO ESPECIFICADO  
Molde de exa. 1720  
Med. São FRANCISCO DE ASSIS - SOLUSA

1984-1985  
SCHOOL  
YEAR

Exame OMERC - 1995  
mês de outubro  
Município de São Paulo - SP

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 (Q) PESSOA SIVA  
Socio profissional  
Belo Horizonte  
Minas Gerais

DRAFT

**55** Antonio Bormfitt  
Foto: Agência O Globo

CHITROS-1000

185

Investprev Seguradora S/A

14 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

EXAMINATOR  
EXAMINER'S  
INSTRUCTIONS

25

AQUATIC MICROBIAL COMMUNITIES

UNIVERSITY LIBRARIES

FOIE GRAS 100% 120g - 1234



CLÍNICA

Antonio Bomfim

TECNOLOGIA A SERVIÇO DA VIDA

Maria da Cruz. Sales da Silva

"Alentado"

Admito para os笛ndis julgar a  
possível cura apresenta fundopatia  
e burrato aguda seu enunciado

052 fundopatia burrato.

Anterior = José, Nunciado de um  
esta em uso de medicamento juntamente  
mecanismo.

Rejei. Nunciado não é neopatia  
para tratar.

Morrendo de 03 (três) dias de  
apartamento fechado

(2018/05/05)

04/05/19

Dr. Fco. de S. B. Bomfim  
Otorrinolaringologista

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 cárnea 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 nos contornos da tuberosidade maior do úmero.
- Acrómio curvo.
- Demais estruturas ósseas visualizadas íntegras.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.

IMPRESSÃO DIAGNOSTICA:

- 1- Osteopenia difusa.
- 2- Irregularidades nos contornos da tuberosidade maior do úmero.
- 3- Acrómio curvo.

  
Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto  
CRM 3263

RX DO TORNOZELO ESQUERDO (02 INC)

RELATÓRIO:

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

IMPRESSÃO DIAGNOSTICA:

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

  
Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto  
CRM 3263





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



### RECEITUÁRIO

Nome: Maria de Lourdes da Silva  
RG 1183483

Endereço: \_\_\_\_\_

Declaro para o fiscal, que fiz a posse no meu  
trabalho no setor de enfermagem  
CID 10: S92-D, conforme Rx  
que ex.: sendo subscrito a  
toda comunidade.

Valença, 17/10/2018

Dr. Mariano Silva Cortes  
Cirurgião Geral  
CRM 1291

Dr. Cirurgião Geral  
CRM 1291

Dr. Cirurgião Geral  
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		DATA DE NASCIMENTO	
VALENÇA DO PIAUÍ-PI		14/09/1969	
DOC. ORIGEM			
CERT. NASC. 5691 L A-06 F 94-V			
CPF	EXP VALENÇA DO PIAUÍ 696.043.393-20 Francisco das Chagas Pinheiro Martins		
1369897			
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

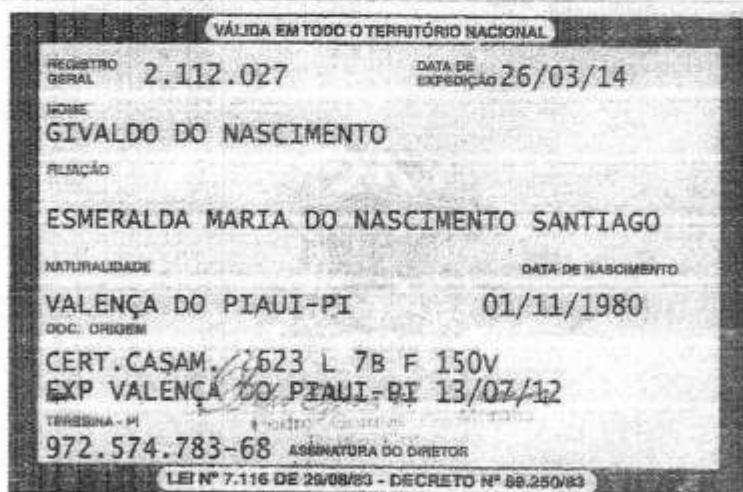




Investprev Seguradora S/A

14 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



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		DATA DE NASCIMENTO	
VALença DO PIAUÍ-PI		14/09/1969	
DOC. ORIGEM			
CERT. NASC. 5691 L A-06 F 94-V			
CPF	EXP VALENÇA DO PIAUÍ 696.043.393-20 Francisco das Chagas Pinheiro Martins		
1369897			
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83			

INVESTPREV

09 MAI 2019



## 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

Maria da Cruz Lopes Silva

Assinatura do beneficiario

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

**Valorização 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: 1.183.483 - SSP/PI

CPF: 696.043.393-20

Profissão: NAO INFORMADO

Endereço: RUA 01 MAIO 1131 VALENCIA DO PIAUÍ

CEP: 64300-000

Telefone: (89) 999215340

Investprev Seguradora S/A

14 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

## OUTORGADO:

Nome: JOVALDO DO NASCIMENTO

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado civil: DIVORCIADO

Identidade: 2.172.027 - SSP/PI

CPF/CNPJ: 972.574.783-68

Profissão: NAO INFORMADO

Endereço: RUA ANTONIO LUIS 1180 VALENCIA DO PIAUÍ

CEP: 64300-889

Telefone: (89) 999396671

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 nericia 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**. *INVALIDEZ*

DAMAS/ DATA DO Acidente: 12/01/2018

Maria da Cruz Lopes da Silva

Assinatura do Outorgante

(RECONHECER POR AUTENTICIDADE/VERDADEIRO)

VALENCIA DO PIAUÍ/ 07/01/2019

Local e data

Id-édu  
ep oph

2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis; Protestos e Anexos - Valença do Piauí/ PI

Rua Eurípedes Marinho, 360 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64300-000 - Fone: (89) 3465-1171

RECONHECIDO - POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA  
Data: 07/01/2019 - Hora: 14:47:45 Total: 14.71 Sello: 001.06560 (F14611)

Ana Cláudia Melo L. F. Chaves Barbosa  
Assinante: Ana Cláudia Melo Lopes Ferreira Chaves Barbosa



Ana Cláudia Melo L. F. Chaves Barbosa  
Escrevente 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

**CPF de:** Próprio

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

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

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## 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

**CPF de:** Próprio

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

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

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GIVALDO DO NASCIMENTO

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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GIVALDO DO NASCIMENTO

Antonia Daniella Ferreira da Silva

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, 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

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, 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



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, 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:

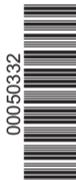
Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 N° 445/2012

Nome completo:

MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA

CPF:

696.043.393-20

Profissão:

Endereço:

NAO INFORMADO RUA 01 DE MAIO

Número:

1131

Complemento:

Bairro:

E-mail:

Cidade:

SAO FRANCISCO VALCASA

Estado:

CEP:

PIAUÍ

64300,000

TEL.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 3887

CONTA: 00072863

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/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 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

NORTE

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   
 Vivos: Falecidos: Vítima nasceu (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisso 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/17/01/19  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\* Assinatura de quem assina A RODO  
Maria da Cruz Lopes da Silva  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

2º | 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 RENOVO, 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.





## 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 PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

VALENÇA DO PIAUÍ

Endereço

AVENIDA EPAMINONDAS NOGUEIRA, Nº:

Complemento

INVESTPREV

09 MAI 2019

Data/Hora

12/10/2018 - 21:30

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1183483 SSPPI PI

Mãe: FRANCISCA LOPES DA SILVA

Pai: APRIÓGIO PEREIRA DA SILVA

Endereço: RUA 1 DE MAIO, Nº 1131

Complemento: BAIRRO: SÃO FRANCISCO

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ - CEP: 64300-000

Telefone(s): 89-9921-5340

### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

### VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA. BIZ 125

Ano: Placa: Chassi:

2007 NHU0966 9C2JA04107R036595

Renavam:

923785914

Cor:

Prata

Condutor: ALYSON FELYCIO DE SOUSA MACÊDO

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: PI Bairro:

### RELATO DA OCORRÊNCIA

A VITIMA COMPARCEU A DELEGACIA DE VALENÇA DO PIAUÍ, 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

**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

Clinica: **CLINICA GERAL**

Demand: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de **ELETIVO**

**Procedimentos**

0301060037 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

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

**História Clínica/Exame físico:**

Paciente: 44 m, utero gravida. Dor no abdômen. Hora: 21 ALGIA / dor no abdômen. Hora: 21:30  
 Internação

**Exames Complementares:**

**D**agnostico provável:

TRAUMA (Fratura calcaneo) 21:30

**Prescrição Médica:**

- ① DIPENOMA 500ml 03 Amp. AD - IV - 480ml
- ② DIPENOMA 400ml 03 Amp. AD - IV - 460ml
- ③ TRAMAL 50,7ml - 3,0ml - 3ml - 480ml

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

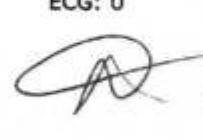
Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

**Observação:**

**Conduita:** ENC. MEDICO GERAL

  
 Rosanna Rafena  
 Enfermeira  
 COREN-PI 295.179

295179 - ROSANNA RAFENA R. BARBOSA  
 Enfermeiro Responsável

**Dados da Alta**

Hora:

Alta  Óbito  Evasão  Transferencia Destino:

  
 Dr. Rafael Barbosa Vieira  
 Médico  
 CRM-PI 6067

MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA  
 Paciente ou Responsável

6067 - RAFAEL BARBOSA VIEIRA  
 Médico Responsável



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Selecione(s) tipo(s) de cobertura:  DAMIS (DESPESSAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

SPF do sinistro ou ABL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	696.043.393-20	MARIA DA CRUZ LOPES DA SILVA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FADA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 665/2012			
Nome completo:		CPF:	696.043.393-20
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
	NAO Informado RUA 01 DE MAIO	1131	subbaro
Sexo:	Estado:	CEP:	644309000
	SAO FRANCISCO	Tel. (DDD):	
E-mail:			

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovação anexa (ANEXAR CóPIA).

DADOS CADASTRAIS:

RENDA MENSAL:

RECLIQUE 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 DAS OPÇÕES DE COBERTURA

CONTA POUPANÇA (Semente para o investimento. Informe uma cepel)

Banco do Brasil (001)  Itaú (341)

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

CONTA CORRENTE (dados da banco)

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

AGÊNCIA: 3887 CONTA: 00022815 5  
(Inserir o dígito de verific)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Inserir o dígito de verific)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, da minha titularidade, o valor da indenização/embolso do Seguro DPVAT e 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 invalidade permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Peço, ressalvado, salvo o prosseguimento da instância da minha perda da indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no documento più apresentado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às costas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.534/74, art. 39, §1º, sachê rendo 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  Vôo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou compânhario(a):  Sim  Não Se a Vítima deixou compânhario(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tiver filhos, informar quantos: Vivos:  Falecidos:  Vítima deixou herança (viv. falec.):  Sim  Não Vítima deixou pensão/vi-vos?  Sim  Não

Atesta cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte a quaisquer beneficiários que se apresentarem e provarem este condicão, estando cliente, ainda, de que qualquer crime ou delinquênci não veridatene poderá gerar a retração da ressarcimento do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 260 do Código Penal.

Local e Data: Valença do Piauí/09/2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina AROG  
Assinatura da vítima/beneficiário (decedente) \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

24 | Nome: \_\_\_\_\_

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

INVESTPREV

Assinatura

24 | Nome: \_\_\_\_\_

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

09 MAI 2019

/s/ (natura)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não arquebrando deverá assinar o laudo passado à frustada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, ABL N° 02, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo do laudo, antes do preenchimento e assinatura.

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