

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: PEDRO DE MOURA BORGES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03887

CONTA: 000000019610-3

---

Nr. da Autenticação 60A5A2DFA079E610



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](http://www.agespisa.com.br)  
Atendimento ao Consumidor: 08000 86 8686

**Fatura Mensal**

MATRÍCULA	Hidrômetro	Referência																																
1732850-0	A07N261994	ABR/2018																																
<b>Nome/Razão Social/Endereço</b> <b>MIRIAN DANTAS NOGUEIRA</b> <b>RUA ANTONIO LUIS, 1186</b> <b>JMANDO LIMA</b> <b>YALENCIA 54300000</b>																																		
Grau de Aquecimento	Categorias de Uso	Inscrição																																
3/1	1	113 1 06 0307 0130-000																																
Período de Consumo		Data Consumo																																
09/03/2018		09/04/2018																																
31																																		
<b>Histórico de Consumo</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Mês</th> <th>Valor</th> <th>Consumo</th> <th>Open</th> </tr> <tr> <td>10/17</td> <td>1187</td> <td>26</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>11/17</td> <td>1198</td> <td>11</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>12/17</td> <td>1207</td> <td>9</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>01/18</td> <td>1215</td> <td>8</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>02/18</td> <td>1224</td> <td>9</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>03/18</td> <td>1232</td> <td>10</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>04/18</td> <td>1245</td> <td>13</td> <td>0</td> </tr> </table>			Mês	Valor	Consumo	Open	10/17	1187	26	0	11/17	1198	11	0	12/17	1207	9	0	01/18	1215	8	0	02/18	1224	9	0	03/18	1232	10	0	04/18	1245	13	0
Mês	Valor	Consumo	Open																															
10/17	1187	26	0																															
11/17	1198	11	0																															
12/17	1207	9	0																															
01/18	1215	8	0																															
02/18	1224	9	0																															
03/18	1232	10	0																															
04/18	1245	13	0																															
<b>Forma de Faturamento</b> <b>FATURADO P/ CONSUMO NORMAL</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">End. Responsável</td> <td>Caixa de Tarifa</td> </tr> <tr> <td colspan="2">028662089</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>Consumo Médio</td> <td>Consumo Ativo</td> <td>Consumo Diário</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>11</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>Consumo</td> <td>Consumo Faltante</td> <td></td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>13</td> <td></td> </tr> </table>			End. Responsável		Caixa de Tarifa	028662089		03	Consumo Médio	Consumo Ativo	Consumo Diário	11	11	11	Consumo	Consumo Faltante		13	13															
End. Responsável		Caixa de Tarifa																																
028662089		03																																
Consumo Médio	Consumo Ativo	Consumo Diário																																
11	11	11																																
Consumo	Consumo Faltante																																	
13	13																																	
<b>DETALHAMENTO DA FATURA</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>00000000000000000000000000000000</td> <td>Valor (R\$)</td> </tr> <tr> <td>00000000000000000000000000000000</td> <td>43,97</td> </tr> <tr> <td>00000000000000000000000000000000</td> <td>1,90</td> </tr> <tr> <td colspan="2">           Cód. Nome do Serviço  <b>ACJA</b>  <b>MANUTENCAO HIDROMETRO</b> </td> </tr> </table>			00000000000000000000000000000000	Valor (R\$)	00000000000000000000000000000000	43,97	00000000000000000000000000000000	1,90	Cód. Nome do Serviço <b>ACJA</b> <b>MANUTENCAO HIDROMETRO</b>																									
00000000000000000000000000000000	Valor (R\$)																																	
00000000000000000000000000000000	43,97																																	
00000000000000000000000000000000	1,90																																	
Cód. Nome do Serviço <b>ACJA</b> <b>MANUTENCAO HIDROMETRO</b>																																		

17/04/2018 **TOTAL A PAGAR (R\$) 43,97**

**VENCIMENTO**

AVISO DE DEBITO! CONTA: 2 VALOR: R\$00,01  
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVICO SERA SUSPENSO 30 DIAS APOS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA CONFORME DIRETIVA 2010/31/EU									
Parametro	Referência	Cor	Cor	Cor	PH	Ferro	Cobalto	Chlorofila C	Aluminio
Valor Máximo Permitido	10	1	1,0	1,0	4,5	0,00	0,00	0,00	0,00
Intervalo de Aquecimento Óptimo									
Intervalo de Aquecimento Período									
Intervalo de Aquecimento Padrão									
Valor Médio									
PERDEU A QUALIDADE DA ÁGUA? ADE QUER RESTAURAR A QUALIDADE?	0,51	0,46	0,90	7,17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Comunicação									

AVISO: A AGESPIA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE A SÉTE NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PEGARÁSSE. FIQUE LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PEGARÁSSE. A AGESPIA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL.

14 SET 2018

**RECEBIDO**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221 (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>3</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 penalidades administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Givaldo dos Rascimentos, inscrito (a) no CPF 972.574.783-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário PEDRO DE MOURA BORGES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 489.911.803-10, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima PEDRO DE MOURA BORGES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 489.911.803-10, 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 à 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	Cidade	Número	Complemento
<u>Rua Antônio Luis</u>		<u>1180</u>	<u>andar</u>
<u>Bairro</u>	<u>Centro</u>	<u>Estado</u>	<u>CEP</u>
<u>Amor de Lima Valença</u>		<u>Piauí</u>	<u>64.300,000</u>
<u>E-mail</u>		<u>Telefone comercial (DDD)</u>	<u>Telefone celular (DDD)</u>
<u>givaldo.rascimentos@yahoo.com.br</u>		<u>(29) 999.116611</u>	<u>994.093745</u>

**SABENIT SEGURADORAS S/A**  
14 SET 2018  
RECEBIDO

Valença - 22 de Agosto de 2018  
Local e Data

Givaldo dos Rascimentos  
Assinatura do Declarante

Declaracão do Proprietário do Véículo

Eu MARIA FRANCISCA DE SOUSA BORGES

RG nº 2.216.684 Data de expedição 16/08/01

Órgão SEPI PI, portador do CPF nº 965.874.403-63 com domicílio na cidade de VALença, no Estado de Piáui, onde resido na Rua/Avenida/Estrada RUA PADRE SILVA nº 1348

complemento urbano, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima PEDRO DE MOURA BORGES cujo o condutor era PEDRO DE MOURA BORGES

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA POP 100

Ano: 2011/2011

Placa: ODU-6367

Chassi: 9H22HB0210BR254601

Data do Acidente: 24/06/2016

Local e Data: VALença DO Piáui / 22/08/15

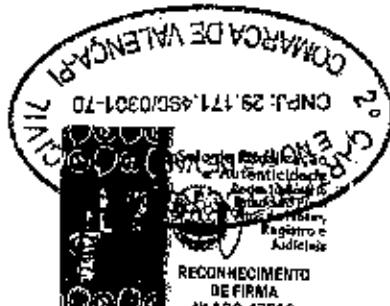
14 SET 2016

RECEBIDO

Maria Francisca de Souza Borges  
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não é vítima/ja magistrado do sinistro)



2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piáui / PI  
Rua Eurípedes Martins, 360 - Centro - Valença do Piáui/PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (88) 3465-1171

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: MARIA FRANCISCA DE SOUSA BORGES  
NASCIMENTO, FERREIRA CHAVES BARBOSA, NO  
PIÁUI-PI 26/08/1951, RG: 13.700.274-0, TEC: 012, CEP: 64.300-000, SAL: 4.71  
Setor: ABC-47010 (F16/F33)

Ana Cláudia Melo L. F. Chaves Barbosa  
Ana Cláudia Melo Lopes Ferreira Chaves Barbosa - ESCREVENTE

Ana Cláudia Melo L. F. Chaves Barbosa  
Escrevente Autorizada



**Nome:** PEDRO DE MOURA BORGES

**Requisitante:**

**Data:** 31/07/2018

**Nº:** 29716

**EXAME: RX DO PÉ DIREITO (02 INC.)**

## **RELATÓRIO**

- Textura óssea preservada.
- Fraturas em consolidação no terço proximal do 3º e 4º metatarsianos.
- Demais estruturas ósseas integras.
- Espaços articulares conservados.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.

PEDRO DE PAULA BOMFIM NETO  
CRM: 3255

Praça Getúlio Vargas, 297 - Fone/Fax. (89) 3465-1201 - Valença do Piauí

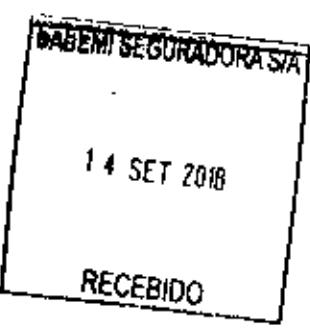
ER20180624091410

PEDRO MOURA GORGES

O



EMERGENCY  
23 07 2018  
34.1%



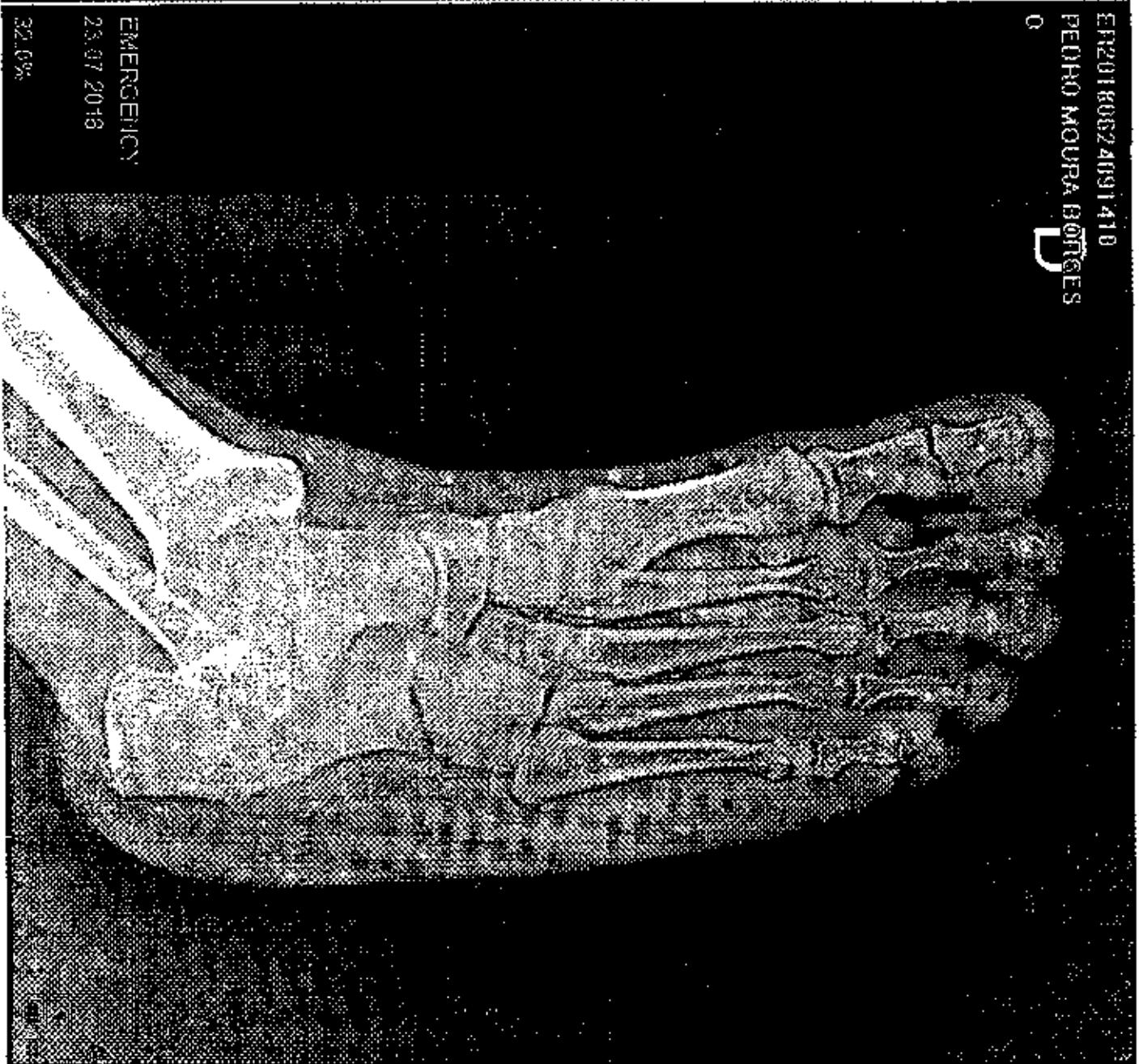
ER20160624091410

PERRO MOURA BOTTES

Q

L

EMERGENCY  
23.07.2016  
32.6%





Mr. Fred A. Smith, 906 - Somme  
1275 - 1276 - 1277 - 1278

RECENT WORK

Dr. Hale, Maria M. de Oláh

Pedra de Mina Berger

întră într-o zonă de sudost de Tărlungeni (92E), din 24/06/18, în urmărire: Transmisiune de pe Dintrele cu un frunzăru  
nu și proleuri de 3-4 mm în diametru,  
altele mai mari, rotunjite, transmisiune  
de buline Dintre cu o lungime de 10-15 mm,  
în formă de trunchiuri leziuni adânci  
alte de Tărlungeni 22/10/2018, cu  
reducerea de creșterea puternică de  
pe 3-4 luni de aproximativ 30%, nu  
mai sunt frunzări

Dr. Hahn, Anna, M. & Chas.  
1900-1950  
1950-1972

Visite de fin 2 02/10/18  
Visite int. m/s  
7-042

S. S. S. S. S.

**(888) 346-2264**

SABEMI SEGURODA S/A

28 NOV 2018

**RECEBIDO**

17 JAN 2019

## RECEBIDO



Clinica Dr. Helder Oliveira

Av. Prof. João Soares, 966 - Centro  
Valença do Piauí-PI  
CNPJ: 00.015.267/0001-50

CNPJ 01.015.067/0001-50

## RECEITUÁRIO

卷之三

Name: Pedro de Mora Borges

Poente vítima de acidente de Trânsito (325), dia 24/06/18, no nome: Traumatismo de pé Direito com fratura no  $\frac{1}{3}$  proximal de 3º, 4º metatarsiano, esclerose edema local, Traumatismo de hálux Direito com edema local, sendo submetido a tratamento conservador alterado tratamento 02/10/2018, com recuperação da capacidade funcional do pé Direito de aproximadamente 30% no momento da lesão.

Dr. Helder Antônio M. de Oliveira  
Av. México, 2640  
C.P. 160-261.133-72  
S.P.F.: 160-261.133-72

Volume de Raci. 0; 02/10/18

William H. and G.

2040

Nome: PEDRO DE MOURA BORGES

Requisitante:

Data: 31/07/2018

Nº: 29716

**EXAME: RX DO PÉ DIREITO (02 INC.)**

**RELATÓRIO**

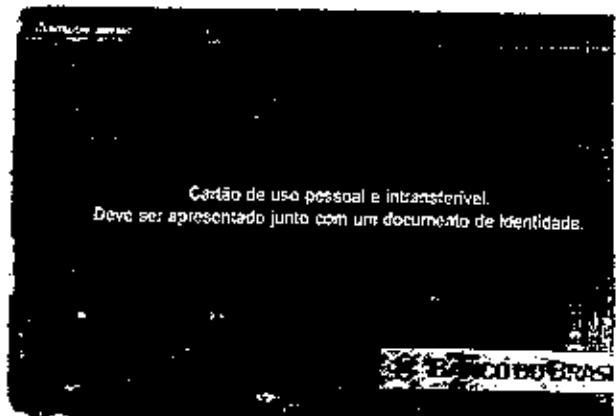
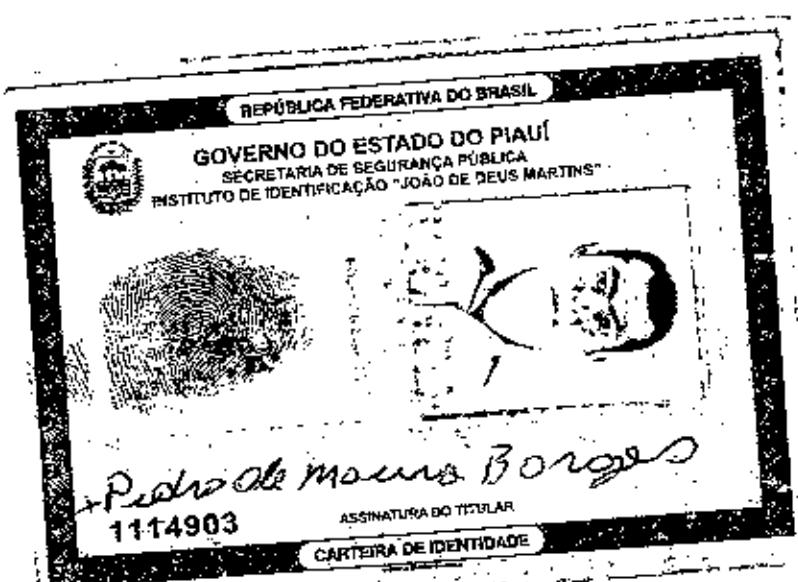
- Textura óssea preservada.
- Fraturas em consolidação no terço proximal do 3º e 4º metatarsianos.
- Demais estruturas ósseas íntegras.
- Espaços articulares conservados.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.

PEDRO DE PAULA BOMFIM NETO  
CRM: 3255

Praça Getúlio Vargas, 297 - Fone/Fax: (89) 3465-1201 - Valença do Piauí

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.641.947	DATA DE EXPEDIÇÃO	07/08/17
NOOME	PEDRO DE MOURA BORGES		
FILIAÇÃO	LUIZA MARIA DE MOURA LOURIVAL BORGES DE MOURA		
NATURALIDADE	SÃO JOSE DO PIAUÍ-PI		
	DATA DE NASCIMENTO		
	20/09/1973		
DOC. ORIGEM	CERT. CASAM. 1675 L B75 F 272		
CPF	EXP. VALENÇA DO PIAUÍ 489.911.803-06/27 489.911.803-06/27 1114903 Francisco das Chagas Pinheiro Martins		
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83			



2.112.027 26/03/14

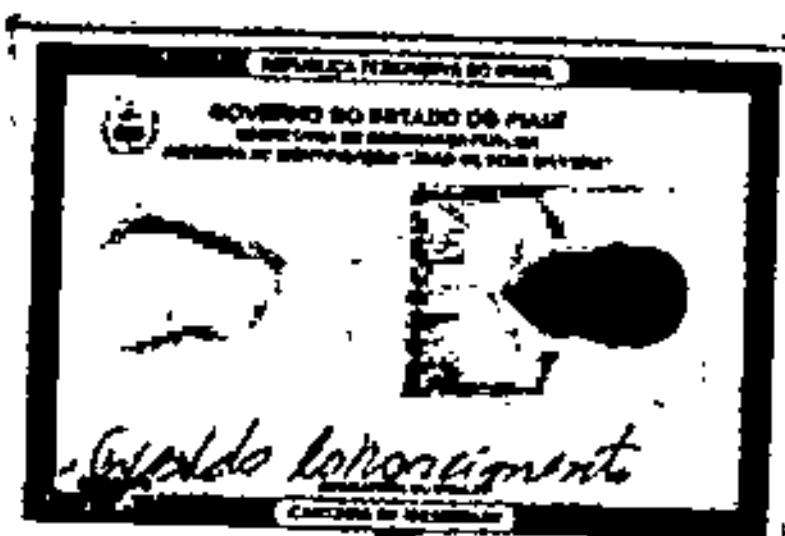
GIVALDO DO NASCIMENTO

ESMERALDA MARIA DO NASCIMENTO SANTIAGO

VALÉNCIA DO PIAUÍ-PI 01/11/1920

CERT. CASAM. 2623 L. 78 F 250V  
EXP. VALÉNCIA 20/02/2013 13/03/2012

572.574.781-61



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180427167      **Cidade:** Valença do Piauí      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PEDRO DE MOURA BORGES      **Data do acidente:** 24/06/2018      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 18/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA NO TERÇO PROXIMAL DO 3º E 4º METATARSOS DO PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** CONFORME RELATÓRIO MÉDICO EMITIDO PELO DR. HELDER ANTONIO M. DE OLIVEIRA, CRM: 2640, DE: 02/10/2018 (PÁG. 1).

## 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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180427167      **Cidade:** Valença do Piauí      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PEDRO DE MOURA BORGES      **Data do acidente:** 24/06/2018      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 18/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA NO TERÇO PROXIMAL DO 3º E 4º METATARSOS DO PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.

ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PÉ DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** CONFORME RELATÓRIO MÉDICO EMITIDO PELO DR. HELDER ANTONIO M. DE OLIVEIRA, CRM: 2640, DE: 02/10/2018 (PÁG. 1).

## 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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

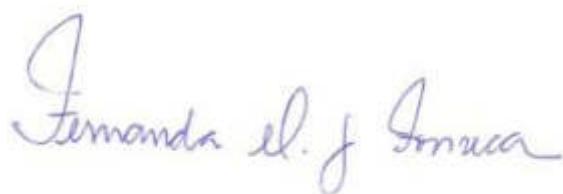
**Grupo:** EQ3

**Nome:** FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

**CRM:** 533427

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180427167      **Cidade:** Valença do Piauí      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PEDRO DE MOURA BORGES      **Data do acidente:** 24/06/2018      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 03/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA NO TERÇO PROXIMAL DO 3º E 4º METATARSOS DO PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO NÃO DEFINIDO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO E/OU INTERNAMENTO, INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS, PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO.
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO.
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

## 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: PEDRO DE MOURA BORGES

Nacionalidade: BRASILEIRA

Estado civil: CASADO

Identidade: 4.641.947 - SSP/PI

CPF: 489.911.803-10

Profissão: TRAB. RURAL

Endereço: RUA PADRE SILVA 1348 VALença-PIAUÍ

CEP: 64.300-000

Telefone: (89) 994444351

### OUTORGADO:

Nome: Givaldo do NASCIMENTO

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado civil: DIVORCIADO

Identidade: 2.112.027

CPF/CNPJ: 912.544.783-68

Profissão: NAO INFORMADO

Endereço: RUA ANTONIO LIMA 1180 VALença-PIAUÍ

CEP: 64.300-000

Telefone: (89) 999316611

Pelo 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 perícia 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**.

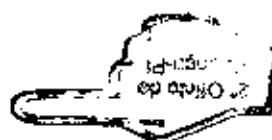
Pedro de Moura Borges

Assinatura do Outorgante

[RECONHECER POR AUTENTICIDADE/VERDADEIRO]

VALença-PIAUÍ /03/08/2018

Local e data



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

Rua Eurípedes Marinho, 360 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (89) 3465-1171

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: PEDRO DE MOURA BORGES, DOU  
TO CEDER DIRETAMENTE DA VERDADEIR. VALENÇA DO PIAUÍ/PI/03/2018.  
Ass.: 001.360/2018-001, Totaliz. 71 Sessões Total (71/00/2018)

Ass.: Cláudia Melo Lopes Ferreira Chaves Barbosa - Escrivente

Ana Cláudia Melo L. F. Chaves Barbosa  
Escrivente Autorizada

RECONHECIMENTO  
DE FIRMA  
Nº ABC-47011

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0336582/18

**Número do Sinistro:** 3180427167

**Vítima:** PEDRO DE MOURA BORGES

**CPF:** 489.911.803-10

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 24/06/2018

**Titular do CPF:** PEDRO DE MOURA BORGES

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## 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: 17/01/2019  
Nome: GIVALDO DO NASCIMENTO  
CPF: 972.574.783-68

GIVALDO DO NASCIMENTO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2019  
Nome: VITOR MATEUS RODRIGUES  
CPF: 812.754.710-72

VITOR MATEUS RODRIGUES

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0336582/18

**Vítima:** PEDRO DE MOURA BORGES

**CPF:** 489.911.803-10

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 24/06/2018

**Titular do CPF:** PEDRO DE MOURA BORGES

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### GIVALDO DO NASCIMENTO : 972.574.783-68

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

### PEDRO DE MOURA BORGES : 489.911.803-10

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: 14/09/2018  
Nome: PEDRO DE MOURA BORGES  
CPF: 489.911.803-10

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/09/2018  
Nome: VITOR MATEUS RODRIGUES  
CPF: 812.754.710-72

PEDRO DE MOURA BORGES

VITOR MATEUS RODRIGUES

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0336582/18

**Número do Sinistro:** 3180427167

**Vítima:** PEDRO DE MOURA BORGES

**CPF:** 489.911.803-10

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 24/06/2018

**Titular do CPF:** PEDRO DE MOURA BORGES

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## 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: 28/11/2018  
Nome: GIVALDO DO NASCIMENTO  
CPF: 972.574.783-68

GIVALDO DO NASCIMENTO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2018  
Nome: VITOR MATEUS RODRIGUES  
CPF: 812.754.710-72

VITOR MATEUS RODRIGUES

Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2018

**Aos Cuidados de:** PEDRO DE MOURA BORGES

**Nº Sinistro:** 3180427167

**Vitima:** PEDRO DE MOURA BORGES

**Data do Acidente:** 24/06/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** GIVALDO DO NASCIMENTO

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180427167**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2018

**Aos Cuidados de:** **PEDRO DE MOURA BORGES**

**Nº Sinistro:** **3180427167**

**Vitima:** **PEDRO DE MOURA BORGES**

**Data do Acidente:** **24/06/2018**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Procurador:** **GIVALDO DO NASCIMENTO**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180427167**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



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, 03 de Dezembro de 2018**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180427167**

**Vítima: PEDRO DE MOURA BORGES**

**Data do Acidente: 24/06/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GIVALDO DO NASCIMENTO**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), PEDRO DE MOURA BORGES**

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

Documentação médica-hospitalar

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, 29 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180427167**      **Vítima: PEDRO DE MOURA BORGES**

**Data do Acidente: 24/06/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GIVALDO DO NASCIMENTO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), PEDRO DE MOURA BORGES**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: PEDRO DE MOURA BORGES**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000003887**

**Conta: 000000019610-3**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
 DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221200 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI,

CPF da Vítima

489.911.803-10

Nome completo da vítima

PEDRO DE MOURA BORGES

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
PEDRO DE MOURA BORGES	489.911.803-10	TRAB. RURAL
Endereço	Número	Complemento
RUA PADRE SILVA	7348	URBANO
Bairro	Estado	CEP
AMANDO LIMA	PIAUÍ	64.300,000
Email	Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (204)			
AGÊNCIA NRO.	DN	CONTA NRO.	DN
3887	013	00019610	3
(Inserir dígito se existir)		(Inserir dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO NRC	DN	NRG	DN
AGÊNCIA NRC	DN	CONTA NRO.	DN
(Inserir dígito se existir)		(Inserir dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Valença-PI, 22 de Agosto de 2018

Local e Data

SEGURO LIDER S.A.

14 SET 2018



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RECEBIDO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 122451.000628/2018-11

Unidade de Registro: 7º DRPC - VALENÇA DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Carlos Henrique Alves Do Nascimento

Data/Hora: 27/07/2018 - 15:47

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE VALENÇA DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

VALENÇA DO PIAUÍ

Endereço

ESTRADA QUE LIGA VALENÇA AO Povoado BREJO DA CONCEIÇÃO, N°:

Complemento

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

PRÓXIMO AO CEMITÉRIO DA SANTA ROSA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: PEDRO DE MOURA BORGES

RG: 4641947 SSP SP

Mãe: LUIZA MARIA DE MOURA

Pai: LOURIVAL BORGES DE MOURA

Endereço: RUA PE. SILVA, N° 1348

Bairro: AMANDO LIMA

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ - CEP: 64300-000

Telefone(s): 89-9444-4352

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

SABEM/SEGURANÇA

14 SET 2018

RECEBIDO

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA POP100

Ano: Placa: Chassi:

2011 ODU6367 9C2HB0210BR254601

Renavam: Cor:

00337657327 Preta

Condutor: PEDRO DE MOURA BORGES

End: RU PE SILVA Número: Complemento:

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: PI Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE NARRA QUE NA DATA ACIMA DESCrita DESLOCAVA-SE DESTA CIDADE DE VALENÇA-PI PARA A LOCALIDADE BREJO DA CONCEIÇÃO, ZONA RURAL DESTE MUNICÍPIO, NA CONDUÇÃO DA MOTOCICLETA TAMBÉM DESCrita ACIMA, A QUAL É LICENCIADA EM NOME DE SUA ESPOSA, A SRA. MARIA FRANCISCA DE SOUSA BORGES, CPF 965.874.403-63; QUE, NAS PRÓXIMIDADES DO CEMITÉRIO DA SANTA ROSA, DESEQUILIBROU-SE EM UM TRECHO COM MUITA AREIA E CAIU; QUE, EM DECORRÊNCIA DESSA QUEDA, SOFREU UMA FRATURA NO PÉ DIREITO; QUE, MESMO MACHUCADO E POR NÃO TER NINGUÉM NO LOCAL, FOI SÓ AO HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR..

*Carlos Henrique Alves Do Nascimento*  
Carlos Henrique Alves Do Nascimento - Mat. 1084747  
AGENTE DE POLÍCIA

*Pedro de moura Borges*  
PEDRO DE MOURA BORGES - Noticiante  
Responsável pela Informação



**Governo do Estado do Piauí**  
**Secretaria de Segurança Pública**  
**Delegacia Geral de Polícia Civil**  
**SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência**

518 v. 1.0

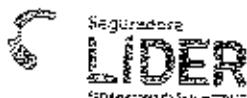
**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 122451.000628/2018-11**

---

Delegado de Polícia

---





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT (800 0221204 ou 0800 0221205) exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala!

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

- É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:
- Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");
  - Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");
  - Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso, em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Nome Completo da vítima

**PEDRO DE MOURA Borges** CPF da Vítima **989.911.203-10** Data do Acidente **24/06/2018**

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

E-mail:

Telefone (DDD):

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 (Lei nº 8.194/74), uma vez que:

Assinalei uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML), concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 5º da Lei nº 8.194/74.

Declaro, ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**DASERMI SEGURADORA S/A**

14 SET 2018

**RECEBIDO**

**VALTERLA P. 22 de Agosto de 2018**

Local e Data

**Pedro de mario Borges**

Campo 1 - Assinatura do Representante

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

# Resumo do ato

**HREP** HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA  
 AV SANTOS DUMONT,  
 HOSPITAL REGIONAL CENTRO, VALENCA DO PIAUI/PI - 64300-000  
 CNPJ: 06553564001100  
 FAX: (89) 3465-1015 - (89) 3465-1369  
 HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

**Ficha de Atendimento (Emergência)**

Atendimento: P0207302

Registro: 4931

Data: 24/06/2018

Hora: 08:48:00

Funcionário: DANRLEY

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

CRM: 4931

Senha: 3

SUS

**PEDRO DE MOURA BORGES**

Nasc.: 20/09/1973 Idade: 44 ANOS, 9 MESES, 4 DIAS Profissão:

CPF: 48991180310 - RG: 326415324 - SUS: 125393194260

End.: RUA PADRE SILVA N 1348, 0 -

Bairro: AMANDO LIMA

Cidade: VALENCA DO PIAUI/PI

Cor: BRANCA

Telefone: ( )

Mãe: LUISA MARIA DE MARIA DE MOURA

Pai: LOURISVAL BORGES DE SOU

Clínica: CLINICA GERAL

Demanda: DÉMANDE ESPONTANÉA

Atendimento de URGÊNCIA

**Procedimentos**

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

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

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

**História Clínica/Exame físico:**

Paciente: Pedro Borges VITIMA TRAUMA MECÂNICO Causa: C  
 AGLUTINAÇÃO DE RENO 1:40

Hora: \_\_\_\_\_

 Internação**Exames Complementares:**

LABORATÓRIO SEGURO DAS ARTES

14 SET 2018

RECEBIDO

**Diagnóstico provável:**

TRAUMA

**Prescrição Médica:**

① Diagnóstico: Trauma - G3 Amb. AG - DV - 48001

Hora: 09:02:12

**Anotações da Classificação de Risco**

R: Ridade:  
 Vermelho - Emergência  Laranja - Muito Urgente  Amarelo - Urgente  Verde - Pouco Urgente  Azul - Não Urgente

Queixa/História: TRAUMA

Alergias: PETVIT, BENZETACIL

**Medicação Usual:**

PA: 150X80 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 rpm

SAT 02: 98

Dor:

FC: 70 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: APRESENTA DOR E EDEMA EM MÍD

Conduita: ENC AO CLINICO GERAL

491579 CAMILA DA COSTA SOARES  
 Enfermeiro Responsável

041579

Dr. Rafael Batista Vieira

Medico

CRM-PI 6567

**Dados da Alta** Alta  Óbito  Evasão  Transferência

Destino:

D. dñm