

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Kelly Maria de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 33950230300 / na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rafaelmarcio Sordos Alus inscrito (a) no CPF sob o Nº 025105423 / 26 do sinistro de DPVAT cobertura Inválida da Vítima Rafaelmarcio Sordos Alus inscrito (a) no CPF sob o Nº 02510542 / 326, 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, residência endereço~~ abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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



Endereço <u>Rua Vinte e Quatro de Janeiro</u>		Número <u>534</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>Piauí</u>	CEP <u>64000902</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>8699429591</u>

Ter, Pi 22 de 04 de 15
Local e Data

Kelly Maria de Oliveira
Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, HORLISON RUI TRINDADE DE ARAUJO

RG nº 35881853-9, data de expedição B / 02 / 06,

Órgão SSP-SP, portador do CPF nº _____

com domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de

PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA: SANTA HELENA, nº 1483

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

RAFAEL MARLEO SANTOS ALVES, cujo o condutor era

RAFAEL MARLEO SANTOS ALVES

Veículo: MOTO Modelo: HONDA/CG 160 FAN Ano: 2018

Placa: PIY 8155 Chassi: 9C2KC2200JR204237

Data do Acidente: 22/01/2019

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Local e Data: TERESINA 28 JANEIRO 2019

Horlison Rui Trindade Araujo

Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO TERNISTOCLES SAMPAIO
3º Ofício de Notas
Judite de Castro Cardoso
Escritório: Teresina - PI

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Líder Negreiros, 1221 - Centro - CEP: 64002-020 - Teresina-PI - Fone: (86) 3214-0100 - E-mail: atendimento@teresiananotarias.com.br
Titular: Anacláudia Gonçalves de Sampaio Pessoa

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE HORLISON RUI TRINDADE DE ARAUJO. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 28/01/2019. Selo: AAA82516-BX0G
www.tjpi.jus.br/portalexta

JUDITE DE CASTRO CARDOSO - Escritoriente Autorizada
Emol.: 3,71 TR: 0,74 PMMP/PI: 0,00 Selo: 0,26 Total: 4,71 - OP: 488
DECLARAÇÃO

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência -SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado 372	02 Data do chamado 22/01/19	03 PRO (código) 2909	04 Saída do PA 071514	05 Chegada ao local 071519
	06 Saída do local 081210	07 Chegada ao 1º hospital 081915	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Av. Responder Raimundo Salgueiro				Código IBGE
	11 Bairro Vila São Francisco Norte	12 Município-UF THER-PI			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência prox. bar do bebê				
	14 Nome Raimundo Marcio Santos Alves				15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado 01
Tipo de Ocorrência	16 Idade 32 03 28/12/86		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado 02		
	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Acidente de Transporte	19 Vitima 02 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado		20 Meio de locomoção 03 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado		21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado
	22 Equipamentos de segurança X Capacete Cinto de segurança Assento para criança				
Exame Físico	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		24 Sinais Vitais Pulso 62 Resp. 14/190 PA 140/90 TAX. 98% SatO2		25 Local da lesão
	26 Pupilas 01 1 - Iguais 2 - Desiguais		27 Pulso Radial 01 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		
Assistência	28 Sangramento 01 1 - Sim 2 - Não		29 Escala de Dor de 0 a 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		
	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito				
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Curativos <input checked="" type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/>		32 Hospital de Destino HUT		
	33 Condições de entrada <input type="checkbox"/> 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Alterado		34 Óbito <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito		
Observações Interdisciplinar	35 Observações Interdisciplinar Paciente, vítima de acidente de trânsito, colisão com o muro, com lesões múltiplas, apresentando ferimentos na região do tornozelo esquerdo, com lesões no antebraço esquerdo e mão direita. Realizada imobilização da extremidade, com curativos e prancha. Encaminhado para o HUT.				
	RAIO-X REALIZADO DATA 22/01/2019 Técnico:				
Responsável pela recepção Enfermeira		Socorristas Médico AE/TE Gizeide		Enfermeiro Condutor Fernando	

Alto



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

NOME DO PACIENTE: Rafael Marcio Santos Alves
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 500472

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02



Imp: 22/01/2019 09:52:11

(User: CAMILA NORBERTA)

(Estação: RECEPCAO02)

BOLETIM DE ENTRADA - BE**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: RAFAEL MARCIO SANTOS ALVES		Prontuário: 500472	
Mãe: GILDETE SANTOS ALVES		Pai: FRANCISCO SERGIO ALVES	
End.Resid.: RUA JOSE SANTANA 1902 - NOVA BRASILIA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 28/02/1986	Idade: 32a10m22d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99450-7857
Responsável: O MESMO		CNS: 701402665631333	
Profissão: SERVENTE		CPF: 025.105.723-26 * RG: -	
G. Instrução: Fundamental Completo		E.Civil: Solteiro(a)	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 704011	Data: 22/01/2019 08:46:49	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		Convênio: S U S	
Acid.Trab.: Sim	Trajetos?: Sim	Típico: Não	CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:



PA _____ X _____ mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial: _____			CID: _____

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

ALTA: () Melhorado () Curado () Inalterado () A Pedido () Administrativa () Por Indisciplina () Por Evasão	() Retornar à Unid. Origem: _____ () Transferência: _____
	DATA SAÍDA: ____/____/____ HORA: ____:____
ÓBITO: () Até 24 Hs () De 24 a 48 Hs () Após 48 Hs () Família () IML () Anat. Patol.	DESTINO: () Internação na Unidade Proced. Solicitado: _____ CID Compatível: _____ Prof. Solicitante _____ Internação: _____

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 22/01/2019 09:52:30

(CAMILA NORBERTA)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: RAFAEL MARCIO SANTOS ALVES		Prontuário: 500472	
Mãe: GILDETE SANTOS ALVES		Pai: FRANCISCO SERGIO ALVES	
End.Resid.: RUA JOSE SANTANA 1902 - NOVA BRASILIA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 28/02/1986	Idade: 32a10m22d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99450-7857
Responsável: O MESMO		CNS: 701402665631333	
Profissão: SERVENTE		Documento: CPF: 025.105.723-26	
G. Instrução: Fundamental Completo		E.Civil: Solteiro(a)	
End.Local.: - - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 704011	Data: 22/01/2019 08:46:49	Clas. Cor: Amarelo
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/____:____	ESPECIALISTA: _____
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: _____	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

29 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI
Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____:____

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/____:____	ESPECIALISTA: _____
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: _____	

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____:____

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFº ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

CENTRO CIRÚRGICO

Nome do Paciente Rafael Marcio Santos Alves		
Diagnóstico pré-operatório Fratura exposta de Tornozelo		
Operação - Tipo L.A.C. + redução e fixação ci placa + parafusos		
Cirurgião Fernando Costa	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico pré-operatório		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação	
<div data-bbox="1019 849 1347 1174" data-label="Text"> <p>DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEUDO NÃO VERIFICADO 29 ABR 2019 GENTE SEGURO S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP- 64.002-170 Teresina-PI</p> </div>	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Corte 3cm sob anestesia
- 2) Trepano h.b. 1/4"
- 3) Lavagem abundante ci SF 0,9% + desbridamento
- 4) Via lateral + dissecação
- 5) Redução
- 6) Fixação ci placa + parafusos
- 7) Lavagem ci SF 0,9%
- 8) Suturas
- 9) Curativo

Dr. Fernando C. de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 3457 TEST 11913

Descrição da Amnésia

Antonio Cortez
Anestesiologista
CRM-PI 3.736

Artesesilogista



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____


BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 22/01/18

NOME DO PACIENTE:	Rafael Marcio Santos Alves	PRONTUÁRIO Nº:	500472
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:		Nº DA SALA:	05
CIRURGIÃO:		CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESISTA:		CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Maria José	CPF Nº:	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
PRVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
29 ABR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25x8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30x8	UNID.	01		LUVA Nº 6,5	PAR	03	
AGULHA 40x12	UNID.	02		LUVA Nº 7,5 e 8,0	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ÁLCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	120	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.		
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº 10	UNID.	03		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			eletrodo	11	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA:			
CAT.GUT.SIMPLES C/AG.							
CAT.GUT.SIMPLES S/AG.							
CAT.GUT.CROMADO C/AG.							
CAT.GUT.CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0	11	02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:	Ker		
VICRYL 0	11	01		CIRCULANTE:	Beverinho		
PROLENE							

Cavilov

[illegible]


DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
29 ABR 2010
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 445 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.042-470
Teresina-PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"




Rafael Márcio Santos Alves

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.368.039

DATA DE EMISSÃO 18/04/12

RAFAEL MÁRCIO SANTOS ALVES

FILIAÇÃO

GILDETE SANTOS ALVES

FRANCISCO SÉRGIO ALVES

NATURALIDADE

PARNAÍBA-PI

DATA DE NASCIMENTO 28/02/1986

CERT. NASC. 89855 L 106 F 42

EXP. TERESINA-PI 28/08/01

025.105.723-26

TERESINA-PI

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.115 DE 26/06/03 - DECRETO Nº 89.250/03

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




0601491

Keylla Moura de Oliveira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

29 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2.212.129	DATA DE EXPEDIÇÃO	21/10/14
NOME	KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA		
FILIAÇÃO	EVA MOURA DA SILVA ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA		
NATURALIDADE	BARÃO DE GRAJAU-MA	DATA DE NASCIMENTO	18/12/1979
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. 39751 V 53A F 097		
TERESINA - PI	EXP TERESINA-PI 27/08/99		
839.502.303-00	ASSINATURA DO DIRETOR		

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190297779 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL MARCIO SANTOS ALVES **Data do acidente:** 22/01/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO, ESCORIAÇÕES NO ANTEBRAÇO E MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190297779 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAFAEL MARCIO SANTOS ALVES **Data do acidente:** 22/01/2019 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

29 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

OUTORGANTE:

Nome: RAFAEL MARCIO SANTOS ALVES
RG: 2.368.039 Orgão Emissor: SSP-PI CPF: 025.105.723-26
Nacionalidade: BRASEIRO Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: ADJUNTO PEDREIRO
Endereço: Rua José Santana Nº 1902
Bairro: NOVA BRASILEIA Cep: 64004-540 Cidade/UF: TERESINA - PIAUÍ
Telefone: (86) 94729591 () ()

OUTORGADO:

Nome: Kelly Lorena de Oliveira
RG: 2.212.129 Orgão Emissor: SSP-MA CPF: 839.502.303-00
Nacionalidade: BRASEIRO Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: Corretor de Seguros
Endereço: Rua: Vinte e quatro de janeiro Nº 534
Bairro: Centro Cep: Cidade/UF: TERESINA - PIAUÍ
Telefone: (86) 8807-7870 () ()

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

Vítima: RAFAEL MARCIO SANTOS ALVES
CPF: 025.105.723-26 Data do Acidente: 22/01/19
Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

TERESINA 28 JANEIRO 2019

Local e data

Rafael Márcio Santos Alves

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

Rua Lacerda Magalhães, 1231 - Centro - CEP: 64002-200 - Teresina-PI. Fone: (86) 3223-0170 - E-mail: atendimento@teresianacartorio.com.br
Titular: Dantônio Gonçalves de Sampaio Pereira

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE RAFAEL MARCIO SANTOS ALVES. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 28/01/2019. Selo: AAAB2513-2CXN
www.tjpi.jus.br/portalextra

JUDITE DE CASTRO CARDOSO - Escrevente Autorizada
Emol.: 3,71 - TJ: 0,74 - FMMP/PI: 0,00 - Selo: 0,26 - Total: 4,71 - OP: 488
PROCURAÇÃO

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

CARTÓRIO INSTRUMENTOS SAMPÃO
3º Ofício de Notas
Judite de Castro Cardoso
Escrevente Autorizada
Teresina - PI

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0143926/19

Vítima: RAFAEL MARCIO SANTOS ALVES

CPF: 025.105.723-26

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 22/01/2019

Titular do CPF: RAFAEL MARCIO SANTOS ALVES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

RAFAEL MARCIO SANTOS ALVES : 025.105.723-26

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 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: 29/04/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/04/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190297779

Vítima: RAFAEL MARCIO SANTOS ALVES

Data do Acidente: 22/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAFAEL MARCIO SANTOS ALVES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190297779

Vítima: RAFAEL MARCIO SANTOS ALVES

Data do Acidente: 22/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAFAEL MARCIO SANTOS ALVES

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 completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: RAFAEL MARCIO SANTOS ALVES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 0000093536-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 025.105.723.26 Nome completo da vítima: Rafael Márcio Santos Alves

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

Nome completo: Rafael Márcio Santos Alves CPF: 025.105.723.26
Profissão: Estudante de Pedagogia Endereço: Rua José Souto Número: 1902 Complemento: _____
Bairro: Novo Brasil Cidade: Teresina Estado: Piauí CEP: 64002-40
E-mail: _____ Tel. (DDD): 86 994729391

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: 2004 013 CONTA: 93536 0 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DE 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 do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência de 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
NÃO VERIFICADO
29 ABR 2019
GENTE SÓ
Dias do Registo
Rua Coelho de Resende, 466
Centro - Teresina - PI
CEP: 64002-470
Fone: (86) 3241-1111

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: Terresina-PI 22.04.19
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 ROGO, 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.**

CAIXA
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG. AREOLINO DE ABREU
DATA: 05/04/2019 HORA: 14:23:58
TERMINAL: 20041014 CONTROLE: 200410140351

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2004 013.00093536-0
NOME: RAFAEL MARCIO SANTOS ALVES
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000056/2019-35

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Haroldo Bonfim De Oliveira

Data/Hora: 28/01/2019 - 17:18

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. PESCADOR RAIMUNDO SALVINO, Nº:

Complemento

519903

Data/Hora

22/01/2019 - 07:40

Bairro

VILA SÃO FRANCISCO NORTE

Ponto de Referência

BAR DO BÊBÊ

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: RAFAEL MARCIO SANTO ALVES

Mãe: GILDETE SANTOS ALVES

Pai: FRANCISCO SÉRGIO ALVES

Endereço: RUA JOSÉ SANTANA, Nº 1902

Bairro: NOVA BRASÍLIA

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

À VÍTIMA NOTICIANTE, RAFAEL MÁRCIO SANTOS ALVES, RELATA QUE TRAFEGAVA NA AV. PESCADOR RAIMUNDO SALVINO, SENTIDO OESTE LESTE, NA MOTOCICLETA HONDA/CG 160 FAN, COR BRANCA, PLACA PIY-8155 TERESINA PI, RENAVAM 011593137765, PROPRIEDADE DE HORLISON RUI TRINDADE DE ARAUJO; MOMENTO EM QUE PERDEU CONTROLE DA MESMA E VEIO À CAIR; QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELA AMBULÂNCIA DO SAMU E CONDUZIDO PARA HUT "HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA" CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 500472.

Haroldo Bonfim De Oliveira - Mat. 0095150
AGENTE DE POLÍCIA

Rafael Márcio Santos Alves
RAFAEL MARCIO SANTO ALVES - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

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: 02510572326 Nome completo da vítima: Rafael Márcio Santos Alves

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

Nome completo: Rafael Márcio Santos Alves CEP: 02510572326
Profissão: Estudante de Pedagogia Endereço: Rua Jose Spontoma Número: 1902 Complemento: _____
Bairro: Novo Brasil Cidade: Teresina Estado: Piauí CEP: 64002-40
E-mail: _____ Tel.(DDD): 86 994729391

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: 2004 013 CONTA: 93536 0 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DE 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 do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no laudo médico apresentado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação da invalidez permanente 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
NÃO VERIFICADO
29 ABR 2019
GENTE SEGURO
SEGURADORA S.A.
Central de Resposta 400
Cidade de São Paulo - SP
CEP: 04313-907
Fone: (11) 5082-002-470
E-mail: atendimento@lidersseguros.com.br

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____ Local e Data: Terresina - PI 22.04.19
Nome: _____ CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Rafael Márcio Santos Alves
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 ROGO, 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.



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência -SAMU



Dados do Chamado	01 Nº do chamado 372	02 Data do chamado 22/01/19	03 PRO (código) 2909	04 Saída do PA 07:514	05 Chegada ao local 07:519	
	06 Saída do local 08:10	07 Chegada ao 1º hospital 08:15	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital		
Local da Ocorrência	10 Endereço R. Resende e Almeida Salgueiro					
	11 Bairro Vila São Francisco Norte	12 Município-UF THER-PI	Código IBGE			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência prox. bar do bebê					
	14 Nome Rafael Marcio Santos Alves	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> 2-Feminino <input type="checkbox"/> 9-Ignorado	01			
Tipo de Ocorrência	16 Idade 32	03 1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999			
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	0				
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência					
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares					
Exame Físico	19 Vítima <input checked="" type="checkbox"/>	20 Meio de locomoção 1 - A pé 5 - Ônibus/Micro-ônibus 2 - Automóvel 6 - Outro 3 - Motocicleta 9 - Ignorado 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 5 - Objeto fixo 2 - Motocicleta 6 - Animal 3 - Ônibus/Micro-ônibus 7 - Outra 4 - Bicicleta 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança <input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input checked="" type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança	DEPARTAMENTO DE SINISTROS OPVA CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 29 ABR 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Resende, 465 Loja 1 Teresina - PI 64-470	
	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma		RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum	
Assistência	24 Sinais Vitais Pulso 62 Resp. 14/2190 PA 142/90 TAX. 98% SatO2 98%	25 Local da lesão 				
	26 Pupilas 01 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial 01 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 01 1 - Sim 2 - Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		
Hospital de Destino	30 Fratura 1-Sim <input checked="" type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Suspeito <input type="checkbox"/>	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)				
	32 Hospital de Destino HUT <input type="checkbox"/> Não Removido 33 Condições de entrada 03 1-Melhorado 2-Piorando 3-Alterado 34 Óbito 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input checked="" type="checkbox"/> 02 Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte <input type="checkbox"/>					
Observações Interdisciplinar: Paciente, vítima de acidente de trânsito, colisão (moto e carro), com lesões, apresentando ferimentos na região do tornozelo esquerdo, escoriações no antebraço esquerdo e mão direita. Realizado imobilização da extremidade, calor cervical e pontos. Encaminhado para HUT. RAIOS-X REALIZADO DATA 22/01/2019 Técnico:						
Responsável pela recepção		Socorristas Médico A/E/TE Gizeide		Enfermeiro Condutor Fernando		

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: 17/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAEL MARCIO SANTOS ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000093536-0

Nr. da Autenticação 3D5473B481EDB95B

CREDI SHOP

MAIS CONQUISTAS NA SUA VIDA



GILDETE DA SILVA SANTOS
R JOSE SANTANA, 1902
NOVA BRASILIA
64004-540 TERESINA-PI



341739845200142 00000023518 10 111018

15.10.2018



1607145

EXTRATO MENSAL

ÁGUAS DE
TERESINA

CNPJ 27157474000106 - IE 195965574
Av. Odilon Araújo, 1035, Pícarra - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

TC 1.38
20190201120401

MATRICULA 13428373-2
FATURA Nº 150356277
MÊS / ANO 2/2019

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 ABR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

NOME/ENDEREÇO
MORADOR MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL

RUA VINTE E QUATRO DE
JANEIRO, 554 - CENTRO - TERESINA-PI - CEP: 64018650

LOCALIZAÇÃO 001-00044-000060 GRUPO 001 NÚMERO DO HIDRÔMETRO Y14N135124

HISTÓRICO DE CONSUMO				ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TABUA	
MÊS/ANO	TIPO	LIDO	FATURADO	1 Residencial - Normal	
01/2019	Lido	00	10		
12/2018	Lido	01	10		
11/2018	Lido	01	10		
10/2018	Lido	01	10		
09/2018	Lido	01	10		
08/2018	Lido	01	10		

DATA	LEITURA	CONSUMO MÊS MS	LEI 18.741/2018
ANTERIOR 03/01/2019	131	10	PS. PASS 16,94x1,55N= 0,77
ATUAL 01/02/2019	134		COFINS 46,94x7,68N= 3,56

TABELA DE PREÇOS		DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	
RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO (m³/ms) e (R\$)	DESCRIÇÃO	VALOR
0	10	VALOR REFERENTE AGUA - 28,45	
10	25	> Residencial-Normal	10,0 m³ 28,45
25	999999	VALOR DE ESGOTO - 18,49	
		> Residencial-Normal	10,0 m³ 18,49

NÃO RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO (m³/ms) e (R\$)	VENCIMENTO	T.T.U. A PAGAR
		13/02/2019	46,94

RESCALDADEZ / AMPLIALIDADES

mensagem
NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 3 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO
Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/05, Art. 6º, §3º, inciso I.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2672	2669	3	1,40	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2653	2575	78	5,80	Inferior a 15
PH	2681	2631	50	6,60	6,00-9,50
TURBIDEZ	2685	2645	40	1,75	Inferior a 5

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOT	744	740	4	Ausência	Ausente
ESCOLÉRIJA COL	744	744	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 01/02/2019 HORA DA EMISSÃO: 12:04