

Control: x Audiência: x Upload: x PJ: Consulta: x 0831563: x WhatsApp: x Tribunal: x Custas: x Download: x Caixa de: x +

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=361957&ca=354f9b3cdd94beb5c84d68de59e7f1bee6...

Apps Processo Virtual Na... Administrativos Portal do Advogado Google Nova guia Meu INSS [bb.com.br] Zimbra: Movimenta... PJE 1º Publicações

PJE ProceComCiv 0831563-08.2019.8.18.0140 ROSILDA OLIVEIRA BELO X SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO ...

10840877 - CONTESTAÇÃO (2734394 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 17/07/2020 10:56:49

17 Jul 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 10840873 - CONTESTAÇÃO
 - 10840877 - CONTESTAÇÃO (2734394 CONTESTACAO 01)
 - 10840880 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 10840887 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 10840888 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 10840889 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Microsoft Word - 2734394_CONTESTACAO 1 / 11

2734394- CS/ 2020-02556/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

prot+pç.pdf pç.pdf prot+pç.pdf pç.pdf prot+pç.pdf Exibir todos x

PT 10:56 17/07/2020



Número: **0831563-08.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **18/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.555,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

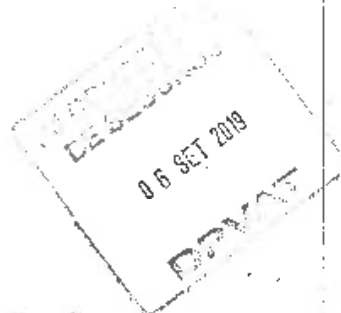
Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROSILDA OLIVEIRA BELO (AUTOR)		IGOR DE LIMA CABRAL (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10840880	17/07/2020 10:56	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA



NOME DO PACIENTE: Ronilda Oliveira Belo

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 510199

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

- Ortopedia

Emp: 04/05/2019 12:15:05
(User: WILLIAM MACHADO)
(Estação: CONSULTA03)

OLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Prontuário: 510199

Nome: ROSILDA OLIVEIRA BELO

Mãe: ROSA MARIA OLIVEIRA BELO

Pai:

End.Resid.: QD:O CS:23 - VILA SANTA MARIA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010

Nascimento: 22/06/1969

Idade: 49a10m12d

Sexo: Feminino

Fone: 86-99831-0778

Responsável: MARIA DO SOCORRO

CNS: 705206481808271

Profissão: COMERCIAL

Documento: Reg.Nasc: 00

G. Instrução: Não informado

E.Civil: Ignorado

DADOS DO ATENDIMENTO:

Convênio: S U S

Proced: 0301060061

Código: 720047

Entrada: 04/05/2019 12:05:13

Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)

Forma Paciente/Acomp: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:

Classificação:

Cor:

Indefinido

Breve História Clas. Risco:

RAIO-X REALIZADO
DATA 09/08/2019
Técnico: [Assinatura]

SGVV:

(Hora: :)

Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m2 Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

Pct vítima de acidente motociclistico há 3 horas, apresenta edema e restrição de movimentação em punho e mão direitos. Encontra-se consciente, orientada e cooperativa. Negá perda de consciência, otorragia e rinorragia.

: vias aéreas pervias, sem uso de colar cervical e prancha rígida.

: MV + bilateralmente sem RA.

C: AC: BNF, RE em 2T, S/S. Abdomen flácido e inocente, pele estável; SatO2: 98%. pulso 80.

: Glasgow 15, pupilas iso-foto

E: sem escoriações.

CD: solicito raio-x de mão direita e avaliação do ortopedista.

Diagnóstico Inicial:

Exames Complementares:

(1209048) - MPO DIREITA

RA: Fratura do limbo da 5ª metacarpo O dorsal
CD: Delinear para Tratamento Cirúrgico

Prescrição Médica:

Marco Vitor de Carvalho Filho
Traumatologista Ortopédico
CRM-PI 4792 TEOT 12501

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA:

HORA:

Assinatura Paciente ou Responsável

WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO
CRM 3811 Em: 04/05/2019 12:15:03

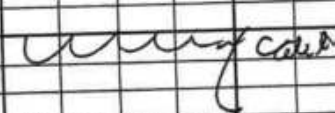


Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/07/2020 10:56:48

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007171056480800000010279644

Número do documento: 2007171056480800000010279644

		FICHA DE ANESTESIA		FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA SERVIÇO DE ANESTESIA	
Nome: <u>Thaís da Oliveira</u>		Sala:		Data:	
Procedimento:		Cirurgião:		Observações:	

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Nitrogênio O ₂ A	ol	100											
2 Xilocaína	ol	60											
3 Ureteral	ol	50											
4 Nitrogênio	ol	100											
5 Nitrogênio	ol	100											
6 Nitrogênio	ol	100											
7 Nitrogênio	ol	100											
8 Nitrogênio	ol	100											
9													
10													
11													
12													
13													
Oxigênio	2l												
AR/N ₂ O	%												
Volatil	%												

Acesso Vascular

☒ Periférico

Cat. Venoso nº G

☐ Dificuldade aces. venoso

Gaúchos cateteres

☐ Central

Via Aérea

☒ Cateter nasal 2l

☐ IOT nº

☐ LMA nº

Monitorização:

☒ Cardioscopia

☐ PANI

☒ Oxímetro de pulso

☐ ETCO₂

☐ Outros

Anestesia:

☐ Geral Venosa

☐ Geral Balanceada

☐ Raqui-anestesia

☐ Peridural

☒ Bloqueio Periférico

☐ Outros

Descrição:

SPO ₂ (%)	97	97	97	97
ETCO ₂ (mmHg)				
Aces. Venoso				
Aces. Venoso				
Diurese				
Perdas Sanguíneas				

Descrição da Anestesia:

Ator. foveolar na ultra us/p e foveolar

Tipo 1 anestesio
un 2000


Anestesiologista





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 05/05/19

NOME DO PACIENTE: <u>Rosilda Oliveira Belo</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>510199</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA:	Nº DA SALA: <u>06</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Bruno</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Dr. Tiago</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Sara</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI	UNID.		
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº <u>7.0/8.0</u>	PAR	02/01	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	80	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	40		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	02		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-		<u>expon</u>	-	02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				- <u>glovas</u> - 03			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				- <u>luvas</u> - 05			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				- <u>utero nasal</u> - 01			
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>V. umid</u>			
PROLENE							

06 SET 2019





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

CENTRO CIRÚRGICO

Nome do Paciente	Rosilda O. Belo		
Diagnóstico pré-operatório	Fratura do base de 5º metacarpo (D)		
Operação - Tipo	Redução cirúrgica + fixação percutânea com fios		
Cirurgião	Dr. Bruno F. F. F.	1º Assistente	
2º Assistente	Ortopedia-Traumatologia	3º Assistente	
	CRM-4245/TEOT: 11438		
Instrumentador	Anestesista	Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação	Início	Fim	
Diagnóstico pré-operatório			

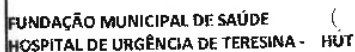
Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Paciente em D.O.A. sob anestesia
- 2) Preparo habitual
- 3) Redução cirúrgica + fixação percutânea do base do 5º metacarpo com fios X sob neuroscopia
- 4) Gata tipo lula





FUNDACÃO MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT		PRESCRIÇÃO MÉDICA				
NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Rui de Oliveira Belo			Ortopédica	PC	corredor	ORTOPÉDIA
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
			HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES	
04/05/19	Prescrição de acordo com o 3º atendimento				14:05' Admitida no Posto 02. <i>[assinatura]</i> Enfermeira Chaves Cavalcante COREN: 79289	
1	Dieta livre ; jejum após 02h					
2	SF 0,9% 500 ml EV 12/12 h					
3	Dipirona 1G - 2CC + AD EV 6/6h		10h 24h 06h			
4	Tramadol 100mg 01 amp + AD EV 8/8h SOS		10h 24h 06h			
5	Tilatil 20 mg + AD EV 12/12 HS		10h 24h 06h			
6	Ranitidina 50 mg + AD EV 8/8h					
7	CCGG + SSV					
8						
9	CIRURGIA AMPLIADA COM DA BRUNO FARIAS					
<p><i>[assinatura]</i> Mário Vitor de Carvalho Filho Tratamento Ortopédico CRM-21.479</p>						





AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação: 202247

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3- Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

4-CNES

5828856

238357

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: ROSILDA OLIVEIRA BELO

6 - Prontuário: 510199

7-CNS: 705206481808271

8-Nascimento: 22/05/1969

9-Sexo: Feminino

11-Mão: ROSA MARIA OLIVEIRA BELO

12-Fone: 86-98831-0778

13-Resp: MARIA DO SOCORRO

14-Cor: sem Informação

15-Endereço: QD:0 CB:23 - VILA SANTA MARIA - CEP: 64000-010

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

trauma de mão D com fratura de base de 5º metacarpo

21 - Condições que justificam a internação:
necessidade de cirurgia22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):
exame clínico e radiológico

23-Diagnóstico Inicial:

24-CID Prim:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

fratura de outros ossos do metacarpo

S623

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

Tempo SUS

2

0408020377 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPIANOS

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

887.204.893-15

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

MARCOS VITOR FERREIRA DE CARVALHO FILHO

04/05/2019

MARCOS VITOR P. de Carvalho Filho
Traumatologia Ortopédica
CRM-PI 4796 / RCD 42501

35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete:

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (MARCOS VITOR)
Consulta Local: 720047
Consulta SUS:
Impressão: 04/05/2019 13:47:22

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/07/2020 10:56:48

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007171056480800000010279644>

Número do documento: 2007171056480800000010279644

Num. 10840880 - Pág. 7

COMPLEXO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO DANIELY DIAS
CENTRO INTEGRADO DE REABILITAÇÃO - CEIR

CLIENTE....:86552 ROSILDA OLIVEIRA BELO

CNS: 705206481808271

IDADE.....:49 anos

REQ:

MÉDICO:BRUNO FREIRE

DATA EXAME: 22/05/2019

SEXO.....:

CONVÊNIO: SUS

RX DA MÃO DIREITA

ACHADOS:

Fratura em consolidação localizada na base do 5º metacarpo, com fios metálicos de fixação no 4º e 5º metacarpos.

Interlinhas e superfícies articulares: integras.

Partes moles sem alterações radiológicas.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Fratura em consolidação localizada na base do 5º metacarpo, com fios metálicos de fixação no 4º e 5º metacarpos.



ASSOCIAÇÃO REABILITAR

Dr. Osvaldo Soares de Carvalho Junior
CRM 10990

Associação Reabilitar

Avenida Higino Cunha 1515 - Bairro Ihotas
CEP: 64014-220 - Teresina - Piauí
Telefone / Fax: 3198-1500
CNPJ: 07.995.466/0001-13
E-mail: ceir@ceir.org.br



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/07/2020 10:56:48

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007171056480800000010279644>

Número do documento: 2007171056480800000010279644



CEIR
CENTRO INTEGRADO
DE REABILITAÇÃO

AV HIGINO CUNHA 1515 - ILHOTAS - TELEFONE. (86) 3198-1500.

ROS





22/06/1989 12:31
22/05/2019

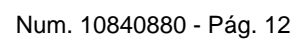
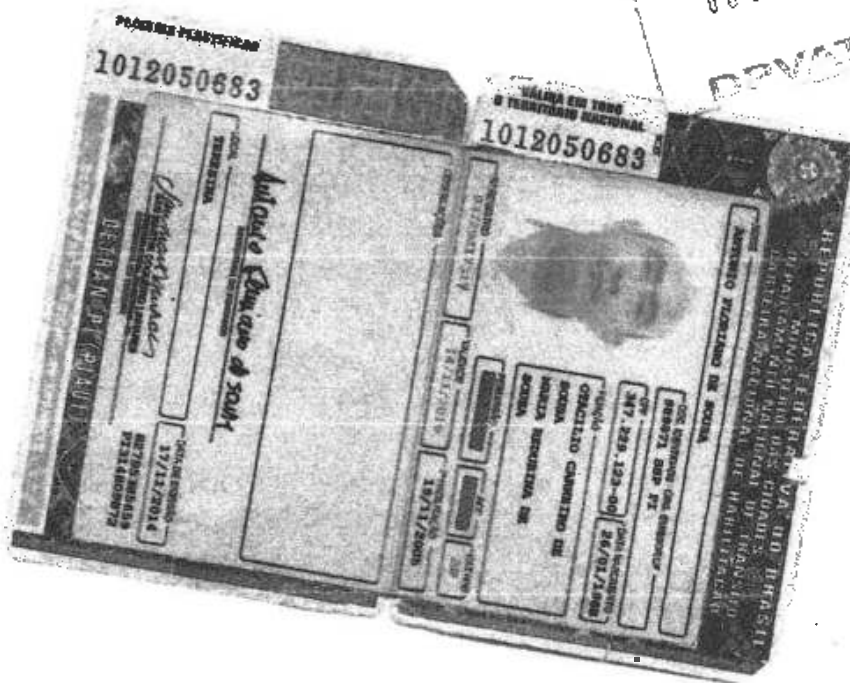
52
EIRA BELO

88.6%



DIR





[illegible]

MA Nº 014758455461		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</p> <p>www.seguradoralider.com.br</p> <p>SAC DPVAT 0800 022 1204</p>			
EXERCÍCIO 2019		DATA EMISSÃO 05/04/2019	
VEICULO 01	CPR / CNPJ 364 133 723-20	PLACA NMT6702	
MARCA / MODELO HONDA/CB 125 FAN KS			
ANO FAB. 2009	COT. TARE. 09	Nº CHASSI 9CZJC4110AR509944	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
PNS (R\$) 36,05	DENOMINAT (R\$) 4,01	CUSTO DO SEGURO (R\$) 40,06	
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,13	IGF (R\$) 0,32	TAXA LÍDER (PAGO SEGURO) (R\$) 84,98	
PAGAMENTO <input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA		DATA DE QUITAÇÃO 04/04/19	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 09.246.608/0001-04			
0002572	04	001	04323

cepisa

CONSUMIDOR: ANTONIO FLOREANO DE SOUSA
 ENDEREÇO: R. TRANMANIAN FEITOSA QD C2 CASA 23 PARQUE BRASIL
 CEP: 000347-200 SÃO PAULO - SP

CPF: 00034722012300
 ROTEIRO: 000347-200-015575

CORTES	VENCIMENTO	CONSUMO (kwh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	12-07-2019	30	20,14

ANTONIO FLOREANO DE SOUSA
 R. TRANMANIAN FEITOSA QD C2 CASA 23 PARQUE BRASIL
 CEP: 000347-200 SÃO PAULO - SP

CONSUMO (kwh)	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
0	06-07-2019	
0	12-06-2019	
1.000	05-08-2019	
0	04-07-2019	
30	06-07-2019	

Forma de pagamento: **MINIMO**
 Valor de desconto: 24

RESIDENCIAL MONO 1761030007 1.1.1.1 0

CONSUMO 30 A R\$ 0,671578 = 20,14
 ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,00

DATA	CONSUMO (kwh)	VALOR
JUL/19	0	
AGO/19	0	
SET/19	0	
OCT/19	0	
NOV/19	0	
DEZ/19	0	
JAN/20	0	
FEB/20	0	
MAR/20	0	
ABR/20	0	
MAY/20	0	
JUN/20	0	

DATA DE VENCIMENTO: 12-07-2019

FATURADO PELO MINIMO C/ IMPEDIMENTO DE LEITURA (Art. 87), SUJEITO A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO (Art. 171) - RES 414/10 ANEEL
 LIMITE: 0000-0000-0000 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
 Parabéns! Até o dia 04-07-2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.





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

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: 4020-1595 / 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

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 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 COAF¹.

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.

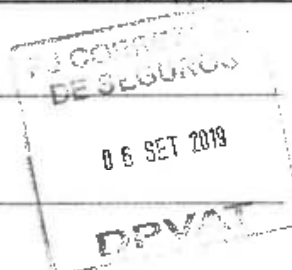
Peço exposto, eu Antônio Flávio de Souza
inscrito (a) no CPF/CNPJ 347-229-123-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Rosilene Oliveira Belo inscrito (a) no CPF sob o Nº 364-133-723-20
do sinistro de DPVAT cobertura AValiac2 da Vítima Rosilene Oliveira Belo
inscrito (a) no CPF sob o Nº 364-133-723-20 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 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:	<u>Rua Traquair, Beirosa ADC 2 casa</u>	Número:	<u>23</u>	Complemento:	<u>cas</u>
Bairro:	<u>Pau Brasil II</u>	Cidade:	<u>Teresina</u>	Estado:	<u>PI</u>
E-mail:				CEP:	<u>6402-095</u>
				Tel.(DDD):	<u>86.99498-2980</u>

Local e Data: Teresina 06/09-2019

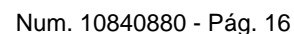
Antônio Flávio de Souza
Assinatura do Declarante



DLDR1.001 V001/2017



RECEPCION
LA SEGUROS
06 SET 2019
DEVAT





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003412/2019-88

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO, pelo Registro: Narceiza De Maria Chaib Lima

Data/Hora: 06/09/2019 - 09:24

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV PRINCIPAL DO LORIVAL PARENTE, Nº:

Complemento

Bairro

LOURIVAL PARENTE

Ponto de Referência

Data/Hora

04/05/2019 - 10:51

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ROSILDA OLIVEIRA BELO

RG: 1199099

Mãe: ROSA MARIA OLIVEIRA BELO

Endereço: QD.O CASA.23, VILA SANTA MARIA, Nº

Bairro: SANTA MARIA

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITÍMA/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE RELATA QUE CONDUZIA A MOTOHONDA/CG 125 FAN KS, ANO 2009, PLACA-NMT-6702-TIMON-MA, RENAVAM-165524669, DE SUA PROPRIEDADE, INFORMA QUE VIA NA VINHA ACIMA CITADA, QUANDO O CARRO DO LIXO NAO IDENTIFICADO, BATEU NA MOTO CAIU SENDO SOCORRIDA POR TERCEIROS E LEVADA PARA UPA DO PROMORAR, PRONTUARIO.157.493. E TRANSFERIDA PARA O HUT. PRONTUARIO 510.199. FATO TESTEMUNHADO.GRACILENE GAIDO DE SOUSA, ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat.
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Rosilda Oliveira Belo
ROSILDA OLIVEIRA BELO - Notificante
Responsável pela Informação

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/07/2020 10:56:48
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007171056480800000010279644
Número do documento: 2007171056480800000010279644





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha (s) tipo(s) de cobertura:

☒ DAVS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

354-133-727-20

Rosilda Oliveira Belo

5 - Nome completo:

Rosilda Oliveira Belo

7 - Profissão:

Desemp

8 - Endereço:

COM PISO Paulo da Tasso 220 (ant)

9 - Número:

10 - Complemento:

23

casq

11 - Bairro:

Santa Maria da Boa Fé

12 - Cidade:

Trinidade

13 - Estado:

14 - CEP:

54012-240

15 - Tel (DDD):

86-99498-2980

15 - E-mail:

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPEANÇA (Somente para as contas acima. Marque uma opção)

☐ Bradesco (337)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0029

CONTA: 00293907

AGÊNCIA:

CONTA:

06 SET 2019

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde, e sem outras despesas e retenções de crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 5º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE BANCOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Garde Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

30 - Vítima deixou nascituro (se houver)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Trinidade, PI 06-09-19

Rosilda Oliveira Belo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Antônio Flávio de Souza

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/07/2020 10:56:48

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007171056480800000010279644

Número do documento: 2007171056480800000010279644

Num. 10840880 - Pág. 18





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNEJ: 05.522.917/0022-02

- Ortopedia

Imp: 04/05/2019 12:15:05
(User: WILLIAM MACHADO)
(Estação: CONSULTA03)

OLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Prontuário: 510199

Nome: ROSILDA OLIVEIRA BELO

Pai:

Mãe: ROSA MARIA OLIVEIRA BELO

End. Resid.: QD:0 CS:23 - VILA SANTA MARIA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010

Fone: 86-98631-0778

Nascimento: 22/06/1969

Idade: 49a10m12d

Sexo: Feminino

CNS: 705206481808271

Responsável: MARIA DO SOCORRO

Documento: Reg.Nasc: 00

Profissão: COMERCIAL

E.Civil: Ignorado

G. Instrução: Não informado

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 720047

Entrada: 04/05/2019 12:05:13

Convênio: S U S

Proced: 0301060061

Motivo da Procura

Forma Paciente/Acomp: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)

Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:

Classificação:

Cor:

Indefinido

Breve História Clas. Risco:

RAIO-X REALIZADO
DATA: 04/05/2019
Técnico: [Assinatura]

SGVV:

(Hora: :)

Peso: 0,00 Kg

Altura: 0,00 M

IMC:

0,00 Kg/m2

Pulso:

Imp

Pressão:

mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

Pct vítima de acidente motociclistico há 3 horas, apresenta edema e restrição de movimentação em punho e mão direitos. Encontra-se consciente, orientada e cooperativa. Nega perda de consciência, otorrágia e rinorrágia.

: vias aéreas pervias, sem uso de colar cervical e prancha rígida.

: MV + bilateralmente sem RA.

C: AC: BNF, RR em 2T, S/S. Abdome flácido e inocente, pelve estável; SatO2: 98%. pulso 80.

: Glasgow 15, pupilas iso-foto

E: sem escoriações.

CD: solicito raio-x de mão direita e avaliação do ortopedista.

Diagnóstico Inicial:

?

Exames Complementares:

(1209048) - MÃO DIREITA

AX: Fratura do boneco de 5° metacarpo O denso
CD: Fratura por Trauma Crânio

Prescrição Médica:

Marcos Ilior P de Carvalho Filho
Traumato e Ortopédico
CRM-PI 4791 TEOT 12501

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA:

HORA:

Assinatura do Paciente ou Responsável

WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO
CRM 3811. Em: 04/05/2019 12:15:03



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 17/07/2020 10:56:48

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007171056480800000010279644

Número do documento: 2007171056480800000010279644

Num. 10840880 - Pág. 20



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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 Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190521235

Vítima: ROSILDA OLIVEIRA BELO

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSILDA OLIVEIRA BELO

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\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: **ROSIDA OLIVEIRA BELO**

Valor: **R\$ 945,00**

Banco: **104**

Agência: **000000029**

Conta: **00000293907-0**

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 09 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190521235

Vítima: ROSILDA OLIVEIRA BELO

Data do Acidente: 04/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSILDA OLIVEIRA BELO

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

Carta nº 14917130





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha (a) tipo(s) de cobertura:

☒ DAVS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

354-133-727-20

Dosilva Oliveira Belo

5 - Nome completo:

Dosilva Oliveira Belo

7 - Profissão:

Desemp

8 - Endereço:

COM PISO Paulo da Tasso 220 (ant)

9 - Número:

23

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Santa Maria da Boa Fé

12 - Cidade:

Trinidade

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

54012-240

15 - Tel (DDD):

86-99498-2980

15 - E-mail:

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPEANÇA (Somente para as contas acima. Marque uma opção)

☐ Bradesco (337)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0029

CONTA: 00293907

AGÊNCIA:

CONTA:

06 SET 2019

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde, e sem outras condições e ressalvas, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 5º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE BANCOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Garde Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Trinidade, PI, 06-09-19

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





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:	24/09/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	945,00
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSILDA OLIVEIRA BELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000293907-0

Nr. da Autenticação D88B367C3D2F3ED3



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0310339/19

Vítima: ROSILDA OLIVEIRA BELO

CPF: 364.133.723-20

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 04/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROSILDA OLIVEIRA BELO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ANTONIO FLORIANO DE SOUSA : 347.229.123-00

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

ROSILDA OLIVEIRA BELO : 364.133.723-20

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 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: 06/09/2019
Nome: ANTONIO FLORIANO DE SOUSA
CPF: 347.229.123-00

ANTONIO FLORIANO DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/09/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190521235 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSILDA OLIVEIRA BELO **Data do acidente:** 04/05/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA 5º METACARPO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.
(P2,5,8,9,10)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO DIREITA.

**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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE:

Nome: Rosilda Oliveira Belo
 RG: 1.199.099 Órgão Emissor: SSP-Pi CPF: 364.133.723-70
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira Profissão: Comerciante
 Endereço: Residência P. de Rizzo R. O. Casa 23 Nº 23
 Bairro: S. N. da Coriza Cap: 64012 840 Cidade/UF: Teresina - PI
 Telefone: (86) 98803-5143 (86) 98888-0423 ()

OUTORGADO:

Nome: Antonio Floriano de Sousa
 RG: 866471 Órgão Emissor: SSP-PI CPF: 347.226.123-09
 Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado Profissão: Autônomo
 Endereço: Rua Travanca Feltres Q- C2 Nº 23
 Bairro: Parque Brasil Cap: 64012-005 Cidade/UF: Teresina - PI
 Telefone: (86) 95498-2980 (86) 95112-3310 ()

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e acompanhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as 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, a fim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à:

Vítima: Rosilda Oliveira Belo
 CPF: 364.133.723-70 Data do Acidente: 04/05/2019
 Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DABS () Morte

Teresina - PI, 06 de Setembro 2019
 Local e data



Rosilda Oliveira Belo
 Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

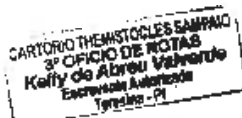




TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lázaro Marques, 1228 - Centro - CEP: 64005-205 - Teresina-PI - Fone: (98) 3221-0199 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br
Titular: Anailéia Gonçalves da Sampaio Pereira

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ROSILDA OLIVEIRA
BELO. DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
Teresina-PI, 06/09/2019. Selo: AA158079-ND6B
www.tjpi.jus.br/portalexta

Kelly de Abreu Valverde
KELLY DE ABREU VALVERDE - ESCRIVENTE AUTORIZADA
Emol: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 121
PROCURAÇÃO



CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SEL
DIGITAL

