



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 009269/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/10/2019 11:23

Data/Hora Fim: 21/10/2019 11:33

Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 28/09/2019 01:05

Local do Fato

Município: Teresina (PI)

Logradouro: Avenida Zequinha Freire

Complemento: ROTATÓRIA

Bairro: Santa Isabel

CEP: 64.053-400

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO
AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ROSA MARIA ALVES DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE, CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PI - Teresina

Sexo: Feminino

Nasc: 13/08/1968

Profissão: Costureiro

Estado Civil: Separado(a)

Nome da Mãe: Iracema Alves da Silva

Nome do Pai: Osmar Correa da Silva

Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 340.575.523-91

Endereço

Município: Teresina - PI

Logradouro: RUA ALONSO CARVALHO

Complemento: VILA LUCI

Bairro: PARQUE JUREMA

Telefone: (86) 9468-9929 (Celular)

Nº: 4400

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Teresina - PI

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

CPF/CNPJ do Proprietário 340.575.523-91

Renavam 01035846621

Número do Chassi LWYMCA209F6007493

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

Placa PIH1130

Número do Motor WY139FMA14407155

Ano/Modelo Fabricação 2015/2014



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Jerônimo Soares Lima Junior
Data de Impressão: 21/10/2019 11:38
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

340.575.523-91

4 - Nome completo da vítima:

Rosa Maria Alves da Silva

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

5 - Nome completo:

Rosa Maria Alves da Silva

6 - CPF:

340.575.523-91

7 - Profissão:

Recuso-me

8 - Endereço:

Rua Menes Barbalho

9 - Número:

4402

10 - Complemento:

11 - Bairro:

B. Urbana

12 - Cidade:

Buena

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64.000-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(86) 98821-4516

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão 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:

☒ RECUSO 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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

2004

CONTA:

742085

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(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.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

• 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de 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:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Buena, 23 de janeiro de 2020.

Rosa Maria Alves da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200039927
Nome do(a) Examinado(a): Rosa Maria Alves da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Alonso Carvalho, 4402 Casa
Urbano Teresina PI CEP: 64000-090
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 931200
Data local do acidente: [28/09/2019]
Data local do exame: [03/02/2020] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DO 3º E 5º POLIDÁCTILO DIREITO
FRATURA OBLIQUA NA DIÁFISE DO 4º METATARSO DIREITO
TRAUMA NO 2º POLIDÁCTILO DIREITO**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: OSTEOSÍNTESE COM FIOS METÁLICOS NO 3º E 5º POLIDÁCTILO DIREITO
Complicações: AMPUTAÇÃO CIRÚRGICA DO 2º POLIDÁCTILO DIREITO
Data da Alta: 28/11/2019**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**PACIENTE EVOLUI COM DOR EM PÉ E EM 3º E 5º PODODÁCTILO DIREITO AO DEAMBULAR, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO PÉ, COM DIFICULDADE PARA AGACHAMENTO, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA MOBILIDADE DOS PODODÁCTILOS.
LIMITAÇÃO FUNCIONAL COMPLETA DO 2º POLIDÁCTILO DIREITO.**

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO.
LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO 4º DEDO DO PÉ DIREITO.
LIMITAÇÃO ANATÔMICA TOTAL DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO.**

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

3º DEDO DO PÉ - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☒ (X) 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

4º DEDO DO PÉ - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☒ (X) 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

2º DEDO DO PÉ - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☒ (X) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Frederico Fonseca de Oliveira

CPF - 047.547.326-42
CRM/PI - 5058

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

340.575.523-91

4 - Nome completo da vítima:

Rosa Maria Alves da Silva

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

5 - Nome completo:

Rosa Maria Alves da Silva

6 - CPF:

340.575.523-91

7 - Profissão:

Recusado - me

8 - Endereço:

Rua Menes Barbalho

9 - Número:

4402

10 - Complemento:

11 - Bairro:

B. Urbano

12 - Cidade:

Busina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64.000-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(86) 98821-4516

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão 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:

☒ RECUSO 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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

2004

CONTA:

742085

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(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.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

• 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de 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:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Busina, 23 de janeiro de 2020.
Rosa Maria Alves da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200039927

Vítima: ROSA MARIA ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ROSA MARIA ALVES DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200039927

Vítima: ROSA MARIA ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSA MARIA ALVES DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

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

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 2.025,00

Recebedor: **ROSA MARIA ALVES DA SILVA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000002004**

Conta: **00000742085-3**

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, 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,



Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200039927

Vítima: ROSA MARIA ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSA MARIA ALVES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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: 11/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSA MARIA ALVES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000742085-3

Nr. da Autenticação 6F715AB69C1625BA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0033673/20

Vítima: ROSA MARIA ALVES DA SILVA

CPF: 340.575.523-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/09/2019

Titular do CPF: ROSA MARIA ALVES DA SILVA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ROSA MARIA ALVES DA SILVA : 340.575.523-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/01/2020
Nome: ROSA MARIA ALVES DA SILVA
CPF: 340.575.523-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

ROSA MARIA ALVES DA SILVA

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200039927 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSA MARIA ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 3º E 5º METATARSOS DIREITOS.
AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DA FALANGE PROXIMAL DE 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.13,20)

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

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 MODERADA DO PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: AMPUTAÇÃO DO DEDO INSERIDA NA SEQUELA DO PÉ COMO UM TODO.

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 um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200039927

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ROSA MARIA ALVES DA SILVA

Data do acidente: 28/09/2019

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS
ALIANÇA DA BAHIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 3º E 5º POLIDÁCTILO DIREITO
FRATURA OBLIQUA NA DIÁFISE DO 4 METATARSO DIREITO
TRAUMA NO 2º POLIDÁCTILO DIREITO

Descrição do exame físico: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM PÉ E EM 3º E 5º PODODÁCTILO DIREITO AO DEAMBULAR, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO PÉ, COM DIFICULDADE PARA AGACHAMENTO, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA MOBILIDADE DOS PODODÁCTILOS.
LIMITAÇÃO FUNCIONAL COMPLETA DO 2º POLIDÁCTILO DIREITO.

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO 3º E 5º POLIDÁCTILO DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO 4º DEDO DO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA EM GRAU COMPLETO DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/02/2020

Conduta mantida:

Observações:

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	15%	R\$ 2.025,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200039927 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSA MARIA ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE 3º E 5º METATARSOS DIREITOS.
AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DA FALANGE PROXIMAL DE 2º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.13,20)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200039927

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ROSA MARIA ALVES DA SILVA

Data do acidente: 28/09/2019

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS
ALIANÇA DA BAHIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 3º E 5º POLIDÁCTILO DIREITO
FRATURA OBLIQUA NA DIÁFISE DO 4 METATARSO DIREITO
TRAUMA NO 2º POLIDÁCTILO DIREITO

Descrição do exame físico: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM PÉ E EM 3º E 5º PODODÁCTILO DIREITO AO DEAMBULAR, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO PÉ, COM DIFICULDADE PARA AGACHAMENTO, NÃO CONSEGUE CORRER, COM LIMITAÇÃO NA MOBILIDADE DOS PODODÁCTILOS.
LIMITAÇÃO FUNCIONAL COMPLETA DO 2º POLIDÁCTILO DIREITO.

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO 3º E 5º POLIDÁCTILO DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO 4º DEDO DO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA EM GRAU COMPLETO DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/02/2020

Conduta mantida:

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	15%	R\$ 2.025,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

DENTRIN

DETRAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
006311134
Nº 011121625112

1	01035846621	18740	2014
---	-------------	-------	------

2014

ROSA MARIA ALVES DA SILVA

[illegible]34057552391
PIH-1130

LWYMCA209F6007493

PAS/CICLOMOTO/NENHUMA

APPLY DATE	APPROVAL DATE
2014	2015

002P/000CV
PARTIC
BRANDE

1ª	ISENTO
2ª	DO
3ª	IPVA

SEGURO	PAGO
--------	------

PBT: 000.10
ALIENACAO FIDUCIARIA
RECON ADMINISTRADORA DE CONSORCIO

TERESINA

ALSO HAVING TO BEY LONGO
THAT WILL BE THE END OF IT

FEU-2014

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS PORVEÍCULOS
COM MOTORISTAS E CONDUTORES TERRESTRES OU POR CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADA OU O SEGURO DPVAT

PI Nº 011121625112

34057552391	PIH-1130	2014
-------------	----------	------

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
 www.dpvatsegurodobrasil.com.br

2014 20/01/2015

1	34057553391	PIH-1130
---	-------------	----------

01035846621	I/WUYANG WY50QT 2
-------------	-------------------

2014 LWMCA209F6007493

PRÊMIO TARIFÁRIO	
010,75	001,19
	011,94

004,15	000,10	028,15
--------	--------	--------

X	DATE	19/01/2015
---	------	------------

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CHPJ 06.24.03 0001-04

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



Rosa Maria Alves da Silva

1533718

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 931.200 DATA DE EMISSÃO 28/08/18

NOME ROSA MARIA ALVES DA SILVA

FILIAÇÃO IRACEMA ALVES DA SILVA
OSMAR CORREA DA SILVA

NATURALIDADE TERESINA-PI F DATA DE NASCIMENTO 13/08/1968

SOC. ORIGEM CERT.CASAM. 23248 L 62B F 120V
EXP TERESINA-PI 11/06/04
340.575.523-91
1533718

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

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
R. Maranhão 759 - Centro-Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.940.740/0001-00 - Fone: (86) 333.0011
Fax: (86) 333.0011 - E-mail: atendimento@cppe.com.br
Responsável pelo atendimento ao consumidor: 114273696

0811301-7

Nº da Nota Fiscal 028468385

Atenção: Este boleto é válido apenas para o mês de vencimento.
emitido em 10/10/2019 às 14:00 horas.

OUTUBRO/2019

21-10-2019

CONSUMO (kWh) 119

TOTAL A PAGAR (R\$) 122,37

ROSA MARIA ALVES DA SILVA
R. ALONSO CARVALHO 4402 B-URBANO
CPF: 00034057552393
CEP: 64.000-000 - TERESINA

DATAS DA LEITURA

Anterior	15480	Atual	
Previsão de Faturamento	15361	Anterior	14/10/2019
Consumo Medido	1,000	Previsão Leitura	11-09-2019
Consumo Faturado	119	Limite	12-11-2019
Forma de Faturamento	119 de Irregular FCM	Aprovação	10-10-2019
		Data de Consumo	14-10-2019
Classificação	NORMAL	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	33
		Código Fato	Mês 12 meses

RESIDENCIAL MONO A728773 DESCRIÇÃO DA CONTA: 1.1.1. 113

SET/19	115	CONSUMO	119 A R\$ 0,899443 =	107,03
AGO/19	111	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		9,22
JUL/19	109	CORRECAO MONETARIA DA 08/19-00		0,02
JUN/19	111	CORRECAO MONETARIA IG 08/19-00		0,26
MAI/19	113	MULTA POR ATRASO DE II. (2X)		0,35
ABR/19	115	JUROS DE MORA ATRASO DE (2X)		0,10
MAR/19	110	MULTA POR ATRASO (2X)		4,05
FEV/19	119	JUROS POR ATRASO (2X)		1,34
JAN/19	115	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,65	
DEZ/18	107	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	3,01	

TARIFA DE TERCEIRO
R\$ 119,00

NOTIFICAÇÃO DE VENCIMENTO DE FATURAS

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25.
Parabéns! Até o dia 10-10-2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVAÇÃO DO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$			
DABM - 7671, EETC - 7F99, PCBA - 9FF8, 36AD - 9A8C							
Consumo	22,51			Imposto de Renda	107,03	83,48	
Consumo	43,46			Imposto de Renda	22,00%		
Consumo	7,35			Imposto de Renda			23,54
	3,59	INDICADORES DE CONTINUIDADE			1,40%	1,17	
	30,12			FIC	6,49%	5,41	





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 009269/2019-A01

Cor BRANCA	UF Veículo Piauí
Município Veículo Teresina	Marca/Modelo IWUYANG WY50QT 2
Modelo IWUYANG WY50QT 2	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 20/01/2015	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Rosa Maria Alves da Silva	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Ciclomotor
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido, Meio Empregado	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA A NOTICIANTE QUE TREFEGAVA PELA VIA ACIMA CITADA, MOMENTO EM QUE FOI COLIDIDA POR UMA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA E QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU CONFORME CHAMADO Nº 4509 E ENCAMINHADA AO HUT CONFORME PRONTUÁRIO Nº 118838, PELO QUE DÁ CONHECIMENTO E REQUER BO PARA DAR ENTRADA NO SEGURO DPVAT.

ASSINATURAS

Erika Mourao Melo de Aguiar
Delegado de Polícia
Matrícula 1300768
Responsável pelo Atendimento

Rosa Maria Alves da Silva
(Condutores / Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Erika Mourao Melo de Aguiar
Delegado de Polícia
Matrícula 1300768



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Jerônimo Soares Lima Junior
Data de Impressão: 21/10/2019 11:38
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



AUTOATENDIMENTO - AG DIRCEU ARCOVERDE

DATA: 23/01/2020

HORA: 09:47:14

TERMINAL: 33891012

CONTROLE: 338910120127

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 2004 013.00742085-3

NOME: ROSA MARIA ALVES DA SILVA

TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 

TELEFONE DEPOSITANTE: 86 99466-9929

NÚMERO DO ENVELOPE: 509645560

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br