

Controle de do x Audiências x PJE Consulta proci x PJE 0813136-26.20 x PJE 0811016-10.20 x PJE 0800213-84.20 x Download file x Gmail x +

tpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=520336&ca=9c4769bc414a8694a5b1c6a5ccba993df3b...

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

**PJE** ProceComCiv 0813136-26.2020.8.18.0140 PRISCILA DE SOUSA LEAL X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO ...

11509737 - CONTESTAÇÃO (2745273 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 25/08/2020 10:20:59


25 Aug 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
  - 11509732 - CONTESTAÇÃO
    - 11509737 - CONTESTAÇÃO (2745273 CONTESTACAO 01)
    - 11509741 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
    - 11510146 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
    - 11510149 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS )
    - 11510150 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO )

10:20

downloadBinario.seam 1 / 8

2745273- CS/ 2020-08116/ INVALIDEZ

  
JOÃO BARBOSA  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08131362620208180140

PT 10:21 25/08/2020



25/08/2020

Número: **0813136-26.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **10/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
PRISCILA DE SOUSA LEAL (AUTOR)		IGOR DE LIMA CABRAL (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11509741	25/08/2020 10:20	<a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200061193

Vítima: PRISCILA DE SOUSA LEAL

Data do Acidente: 05/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PRISCILA DE SOUSA LEAL

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 15476635





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 10 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200061193

Vítima: PRISCILA DE SOUSA LEAL

Data do Acidente: 05/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), PRISCILA DE SOUSA LEAL

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

Pag. 00085/00086 - carta\_02 - INVALIDEZ

00050043



Carta nº 15491617



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/08/2020 10:22:48

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082510205870900000010901552>

Número do documento: 20082510205870900000010901552



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 11 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200061193**

**Vítima: PRISCILA DE SOUSA LEAL**

**Data do Acidente: 05/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), PRISCILA DE SOUSA LEAL**

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

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: **PRISCILA DE SOUSA LEAL**

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

Banco: **104**

Agência: **000000029**

Conta: **0000035402-3**

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](http://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](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200061193

Vítima: PRISCILA DE SOUSA LEAL

Data do Acidente: 05/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PRISCILA DE SOUSA LEAL

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 16/04/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 00983/00984 - carta\_09 - INVALIDEZ

00040492



Carta nº 15710270



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 600170043-57 4 - Nome completo da vítima: Priscila de Sousa Leal

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

5 - Nome completo: Priscila de Sousa Leal 6 - CPF: 600170043-57  
7 - Profissão: Gerente 8 - Endereço: Rua Brasil/Vila Madre Teresa 4439  
11 - Bairro: Picoeira I 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64055-395  
15 - E-mail: marcia.vital@hotmail.com 16 - Tel (DDD): (86) 9288-486923

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 ☐ R\$1.001,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 0009 CONTA: 35402 3 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.

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) ☐ Divorçado ☐ 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(a) nascido(a)? ☐ 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

Assinatura legível 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, Teresina - PI, 05 de fevereiro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012724/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/12/2019 11:28 Data/Hora Fim: 10/12/2019 11:37  
Delegado de Polícia: Erika Mourão Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 05/11/2019 21:30

Local do Fato

Município: Teresina (PI)  
Logradouro: Rua Fernando Pires Leal

Bairro: São João  
Nº: 2953  
CEP: 64.045-550

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da L. dos crimes de trânsito - CFB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Teresina - PI

Nome Civil: PRISCILA DE SOUSA LEAL (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PI - Teresina

Sexo: Feminino

Nasc: 06/01/1988

Profissão: Gerente Administrativo

Escolaridade: Ensino Superior Incompleto

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: MARIA DAS DORES SOUSA LEAL

Documentos(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 600.170.043-57

RG - Carteira de Identidade: 2338956

Endereço

Município: Teresina - PI

Logradouro: RUA BRASIL

C: 4439

Complemento: CASA

CEP: 64 056-395

Bairro: PICARREIRA

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Automóvel/Utilitário/Camioneta/Camion
Descrição: NÃO IDENTIFICADO	Veículo Adulterado?: Não
Quantidade: 1 Unidade	Situação: Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

Delegado de Polícia Civil: Erika Mourão Melo de Aguiar  
Impresso por: Jorjaneiro Soares Lima Junior  
Data de Impressão: 10/12/2019 11:38  
Protocolo nº: Não possui

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/08/2020 10:22:48

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082510205870900000010901552>

Número do documento: 20082510205870900000010901552

Num. 11509741 - Pág. 6



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012724/2019

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motorista
CPF/CNPJ do Proprietário 630.170.043-57	Placa OEG3622
Renavam 00995995249	Número do Motor JC48E2E031547
Número do Chassi 5C2JC1020ER001547	Ano/Modelo Fabricação 2014/2013
Cor VERMELHA	UF Veículo Piauí
Município Veículo Teresina	Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Modelo HONDA/BIZ 125 ES	Veículo Alterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 10/03/2014	Situação do Veículo INADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos
PRISCILA DE SOUSA LEAL	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

RELATA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA MENCIONADA E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA. MOMENTO EM QUE O AUTOMÓVEL NÃO IDENTIFICADO QUE TRANSITAVA POR UMA RUA TRANSVERSAL, ACESSOU REPENTINAMENTE A VIA QUE É PREFERENCIAL E COLIDIU NA PARTE LATERAL DA MOTOCICLETA DA COMUNICANTE QUE VEIO A CAIR, QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU (779) E ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL UNIMED TERESINA, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO 123477. É O RELATO, QUE O REGISTRO DO BO TEM POR FINALIDADE A REQUISIÇÃO DE SEGURO DE DPVAT.

ASSINATURAS

Jerônimo Soares Lima Junior

Agente de Polícia  
Matrícula 0894781

Responsável pelo Atendimento

PRISCILA DE SOUSA LEAL

(Vítima - Comunicante)

Declaram para os devidos fins de direito que acima assinaram, sob as penas da lei, a veracidade das informações prestadas, sob a pena de responderem criminalmente por crime de falsificação de documento público, nos termos do artigo 297 do Código Penal Brasileiro.

Delegado da Polícia Civil Enlei Mourao Melo da Aguiar  
Impresso por Jerônimo Soares Lima Junior  
Data de Impressão 10/12/2019 11:39  
Protocolo nº: N/A (disponível)

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/08/2020 10:22:48

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082510205870900000010901552>

Número do documento: 20082510205870900000010901552

Num. 11509741 - Pág. 7

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 600170043-57 4 - Nome completo da vítima: Priscila de Sousa Leal

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

5 - Nome completo: Priscila de Sousa Leal 6 - CPF: 600170043-57  
7 - Profissão: Gerente 8 - Endereço: Rua Brasil/Vila Madre Teresa 4439  
11 - Bairro: Picoeira I 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64055-395  
15 - E-mail: marcia.vital@hotmail.com 16 - Tel (DDD): (86) 9288-486923

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 ☐ R\$1.001,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 0009 CONTA: 35402 3 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.

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 Chile) ☐ Divorçado ☐ 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(a) nascido(a)? ☐ 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

Assinatura legível 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, Teresina - PI, 05 de fevereiro de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (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:	04/03/2020
------------------------	------------

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

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

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

CLIENTE: PRISCILA DE SOUSA LEAL

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000035402-3

---

---

Nr. da Autenticação FE9D80D130B25960





1. The first group of students, consisting of 10 students, was assigned to the control group. They were given the standard curriculum and no additional resources.

26.11.2019

PRISCILA DE SOUSA LEAL

RUA BRASIL, 4439 - VILA MADRE TERESA - PONTO REF: LAR DA ESPERANCA

PICARREIRA 1

04055-395 TERESINA-PI



341739640200152 ©Copyright 1998 by PZP

1729288





(1)



Buscar no site

A  
COMPANHIASEGURO  
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-  
Atendimento)CENTRO DE DADOS E  
ESTATÍSTICASSALA DE  
IMPrensaTRABALHE  
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados e o prazo final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

## SINISTRO 3200061193 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA PRISCILA DE SOUSA LEAL

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO PACHECO JUNIOR CORRETORA DE SEGUROS LTDA - EPP

BENEFICIÁRIO PRISCILA DE SOUSA LEAL

CPF/CNPJ: 60017004357


Posição em 14-08-2020 09:47:06

Desculpe. No momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [Clique aqui](#) (1

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
04/03/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
18/04/2020	REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/m448grhuViTKCEkFyZdtapi_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhByJ8dGJLvGCdZvVZsnwpk0=">📎 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/m448grhuViTKCEkFyZdtapi_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhByJ8dGJLvGCdZvVZsnwpk0=)</a>
13/03/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/hilMEW3e5Dc01ZyvL3b:api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhByJ8dGJLvGCdZvVZsnwpk0=">📎 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/hilMEW3e5Dc01ZyvL3b:api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhByJ8dGJLvGCdZvVZsnwpk0=)</a>
11/02/2020	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/SUePhLcaxMY5BfWlvNgbcapi_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhByJ8dGJLvGCdZvVZsnwpk0=">📎 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/SUePhLcaxMY5BfWlvNgbcapi_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhByJ8dGJLvGCdZvVZsnwpk0=)</a>



08/02/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 ( <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/HuadYKznPK1FCiVdmYTa_api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhByJ8dGjLvGCdZvVZsnwpk0=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/HuadYKznPK1FCiVdmYTa_api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhByJ8dGjLvGCdZvVZsnwpk0=</a> )
------------	------------------------------------	--



(<https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/>)

### Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

### ACESSIBILIDADE



(</Pages/Acessibilidade.aspx>)



(</Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>)

A A A O

### COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicadas.aspx>)

Documentos Invalidez Permanente (</Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)

Documentos Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)

Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)

### PAGUE SEGURO

Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)

Consulta a Pagamentos Efetuados (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx>)

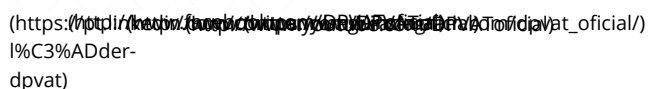
### ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)



(<https://www.seguradoralider.com.br>)





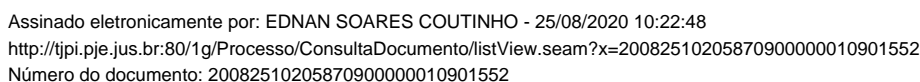
- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

- › [A Seguradora Líder-DPVAT \(/Pages/Quem-Somos.aspx\)](#)
- › [Sobre o Seguro DPVAT \(/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx\)](#)
- › [Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](#)
- › [Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](#)
- › [Dicionário do Seguro DPVAT \(/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT\)](#)
- › [Perguntas Frequentes \(/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes\)](#)

- » Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- » Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- » Telefones de Contato (/Contato/telefones-de-contato)
- » Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- » Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
- » Mapa do Site (/Mapa-do-Site)



[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)





# SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE



Nº do chamado	Data do chamado	PRO (código)	Saída do PA	Chegada ao Local	Saída do Local	Chegada ao Hospital
779	05.11.18	2903	22:05	22:15	22:20	22:30
Endereço	Ponto de Referência					
Fernando Pires local			Ponto H. Dober			
Nome	Priscila de Souza local			Sexo	DN: 06.04.88	
				( ) M ( ) F ( )	Idade: 31 anos	
Tipo de ocorrência: 01- Acidente de Transporte 06- Tentativa de Suicídio 11- Queda 16- Já removido 02- Espancamento 07- Envenenamento 12- Urgência Clínica 17- Falso Chamado 03- Ferimento por Arma de Fogo 08- Afogamento 13- Urgência Obstétrica 18- Outros 04- Ferimento por Arma Branca 09- Queimadura 14- Transferência 05- Urgência Psiquiátrica 10- Choque Elétrico 15- Exames Complementares						
A - VIAS AÉREAS	<input checked="" type="checkbox"/> Pérvias ( ) Guedel ( ) Cricotireoidostomia <input type="checkbox"/> Parcialmente obstruídas ( ) Aspiração <input type="checkbox"/> Obstruídas ( ) Intubação			<input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical ( ) KED <input type="checkbox"/> Protetor lateral ( ) Tetas <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta		
B - RESPIRAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> Eupneia ( ) Bradipneia ( ) Ar Ambiente ( ) Ambu <input type="checkbox"/> Dispneia ( ) Apneia ( ) Cateter ( ) VM <input type="checkbox"/> Taquipneia ( ) Gasping ( ) Máscara ( ) Tubo nº			Módulo ventilatório FID2 Volume corrente PEEP Pressão Inspiratória		
C - CIRCULAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> Normocrado ( ) EG < 2 seg. ( ) Normocárdico ( ) Chelo ( ) FV <input type="checkbox"/> Pálido ( ) EG > 2 seg. ( ) Taquicárdico ( ) Fino ( ) TVSP <input type="checkbox"/> Cianose ( ) Hemorragia ( ) Bradicárdico ( ) Ausente ( ) AESP <input type="checkbox"/> Úmida, fria ( ) Assist			<input checked="" type="checkbox"/> Curativo Compressivo <input type="checkbox"/> Reposição Volêmica <input type="checkbox"/> Torniquete <input type="checkbox"/> RCP		
D - NEUROLÓGICO	GLASGOW 15			RASS		
E - EXPOSIÇÃO	Fraturas ( ) Exposta Pele íntegra ( ) Sim <input checked="" type="checkbox"/> Fechada ( ) Não			Local da Lesão		
ESCALA DE DOR DE 0 A 10	( ) Sem dor ( ) Dor			MM II e Lado esquerdo em supino exposto		
S - SINAIS VITAIS	PA 100x80 FC 95 FR 20 SpO2 97% TAX 16 GLU			ESCALA TRIPS		
A - ALERGIAS	( ) NÃO ( ) SIM			TRIPS Inicial		
M - MEDICAÇÕES				TRIPS Final		
P - PASSADO MÉDICO/PRENHEZ						
L - LÍQUIDO E ALIMENTOS	<input type="checkbox"/> Zero <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> Parenteral			ENTRADAS Ringer 500 ml ml SF 0,9% ml SG 5% ml Sedação ml DVA ml		
			SAÍDA			
			Sangue Diurese esp. SVD Vômito ( ) ( ) ( ) ( ) Evacuação ( ) ( ) ( ) ( )			
A - AMBIENTE						
<input type="checkbox"/> Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas <input type="checkbox"/> Padrão Respiratório Ineficaz <input type="checkbox"/> Risco de Aspiração <input type="checkbox"/> Risco de Choque <input checked="" type="checkbox"/> Integridade da Pele Prejudicada <input type="checkbox"/> Envenenamento/Intoxicação <input checked="" type="checkbox"/> Dor Aguda <input type="checkbox"/> Confusão Aguda <input type="checkbox"/> Glicemia Instável <input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade Física Prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de Trauma/Quedas <input type="checkbox"/> Risco de Infecção <input type="checkbox"/> Transtorno psicológico						
CONFERE COM O ORIG. Alina R. Santos Marília Veloso Cantam Gerente Administrativo SAE						
<input type="checkbox"/> Monitorar Nível de Consciência / Sedação <input type="checkbox"/> Aspirar Vias Aéreas <input type="checkbox"/> Manter Cabeceira Elevada em Graus <input type="checkbox"/> Administrar/Controlar Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Puncionar Acesso Venoso <input checked="" type="checkbox"/> Realizar Curativo/Compressivo <input type="checkbox"/> Realizar Sondagem / Lavagem Gástrica <input type="checkbox"/> Realizar Imobilização Padrão <input type="checkbox"/> Realizar Reanimação Cardiorrespiratória <input type="checkbox"/> Realizar Contenção Prescrita <input type="checkbox"/> Proteger Contra Hipotermia <input type="checkbox"/> Administração segura de medicamentos <input type="checkbox"/> Outros						

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

Vítima de colisão moto com carro, consciente, apresentando ferimentos superficiais em membros superiores e inferiores. Imobilizada em maca longa, com curativo em M.S.E. Curativo em supino.

Hospital de destino: UNIMED

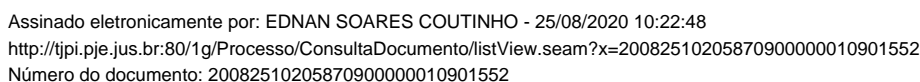
Recebido POR:

ENFERMEIRO(A) Tatiane Leal  
Nº COREN: 52899





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

Versão: 27.11.2011

## ANAMNESE DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

PACIENTE: PRISCILA DE SOUSA LEAL

DATA NASC.: 06/01/1988

CPF: 60017004357

SEXO: Feminino

ATENDIMENTO: 792944

CONVÊNIO: INTERMED

PROTÚÁRIO: 123477

DATA: 05-11-2019 23:04

### QUEIXA PRINCIPAL DO PACIENTE

PCTE VITIMA DE TRAUMA COLISÃO MOTO CARRO, SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA COM LESÃO DE CONTINUIDADE EM REGIÃO FRONTAL

### HDA

### EXAME FÍSICO

SEM ALTERAÇÕES

### DIAGNÓSTICO

### TRATAMENTO PROPOSTO



ASSINATURA DO MÉDICO(a)



Atendimento: 792944  
Paciente: PRISCILA DE SOUSA LEAL  
Data de Nascimento: 06/01/1988  
Idade: 31 Anos 10 Meses  
Médico Assistente: GUTEMBERG CLEMENTINO MARTINS M SOARES  
Leito Atual:  
Prestador Responsável: MARCOS AURELIO DA SILVA CARVALHO  
Setor: PRONTO ATENDIMENTO  
Conselho / Número SEM CONSELHO - PE - null  
Função: TECNICO EM GESSO

**ANOTAÇÃO ENFERMAGEM**

Data de Referência: 06/11/2019


Data anotação: 06/11/2019

Hora anotação: 00:30

Responsável: MARCOS AURELIO DA SILVA CARVALHO

Leito:

01:43 PACTE COM FRAT COMINUTIVA DA DIAFISE DO UMERQ DIR. SOLICITADO IMOB. TIPO TALA PINÇA DE CONFEITEIRO, UTILIZADO MALHA TBL+2 ATAD. GESSADA DE 20CM+2 ALG. ORT. DE 20CM+4 ATAD. CREPOM DE 15CM. PROCEDIMENTO REALIZADO PACTE INTERNADO(A)!!!

  
MARCOS AURELIO DA SILVA CARVALHO  
SEM CONSELHO





HOSPITAL UNIMED TERESINA  
Rua Território Fernando de Noronha, 2566  
Fone: (86) 2107 - 1616

Data: 05/11/2019 22:56:30

Ficha de Atendimento  
Urgência / Adulto



DADOS DO PACIENTE

Nome: PRISCILA DE SOUSA LEAL  
CPF: 60017004357  
Mãe: MARIA DAS DORES SOUSA LEAL  
Carteirinha: 09330733201050013  
Convênio: INTERMED  
Endereço: RUA BRASIL  
CEP:

Idade: 31  
Identidade / RG: 2338956  
Pai: NAO CONSTA  
Senha Aut: 2882254  
Plano: PRATA  
Bairro: SAMAPI  
Cidade: TERESINA

Dt. Nascimento: 06/01/1988 02:00:00  
Sexo: F  
Telefone: 95258179  
Guia: 1116850  
Validade: 26/03/2024  
Complemento:  
Estado: PIAUI

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 792944  
Origem do Atendimento: URGÊNCIA  
Médico: PLANTONISTA HOSPITAL UNIMED TERESINA  
Procedimento: CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

Prontuário: 123477

Data/Hora: 05/11/2019 22:56:06  
Usuário: PMARIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:  
Endereço:  
Complemento:

Telefone:  
Bairro:

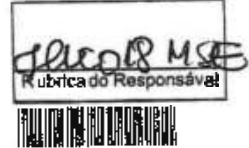
FC: 100 bpm  
PA: 132 x 77 bpm  
SatO<sub>2</sub>: 98%

*Adriane da Silva*  
Assinatura Cliente/Responsável



Paciente....: 123477 - PRISCILA DE SOUSA LEAL  
Prescrição.: 1094591 Data: 05/11/2019 23:06  
Atendimento: 792944 Dt Nasc: 06/01/1988 (31a 10m 0d)  
Convênio....: INTERMED  
Internação.: 05/11/2019 22:56 0 Dias(s) Int  
Médico.....: ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA  
Unid. Mt.: Leito.: Cobertura:  
Cid.....: T141 FERIM DE REGIAO NE DO CORPO Diagnóstico:  
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.....: GUTEMBERG CLEMENTINO MARTINS M SOARES - CRM - PI - 5388  
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA



Alergias: NEGA ALERGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500ML	1	FR		IV	AGORA	[05/11] 23:06
2 DIFIDRA SOL INJ 1G-2ML	1	AMPOLA		IV	AGORA	[05/11] 23:06
3 AGUA DESTILADA SOL INJ 10ML	1	AMPOLA				
4 SERINGA DESC. 10CC CBICO	1	UND				
5 AGULHA DESC.	1	UND				
6 DISP-18GX1(40X12)	1	UND				

EXAMES DE IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
3 RX TORAX PA PERFIL ; Exame: 190720 190721						
4 RX ARTICULACAO ESCAPULO UMERAL (OMBRO DIREITO) ; Exame: 190720 190721						
5 RX PUNHO AP - LAT (DIREITO) ; Exame: 190720 190721						
6 RX COLUNA LOMBAR ; Exame: 190720 190721						
7 RX COLUNA CERVICAL AP - LAT ; Exame: 190720 190721						
8 TC CRANIO ; Exame: 190720 190721 Justificativa: AVALIACAO Obs: EXAME DE URGENCIA-SEM PREPARO EXAME ELETIVO JEJUM DE 4H						

Nega  
AP: Nega

GUTEMBERG CLEMENTINO MARTINS M SOARES  
CRM 5388

SOULMV - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



Dados do Paciente:

Paciente: 123477 PRISCILA DE SOUSA LEAL

Idade: 31 Anos 9 Meses

Data de Nascimento: 06/01/1988

Dados da Internação:

Atendimento: 792944

CID: T141 FERIM DE REGIÃO DO CORPO

Convênio: 478 INTERMED

Dt Internação: 05/11/2019

Serviço: CLÍNICA MÉDICA

Leito:

Enfermaria:

Unidade:

Solicitação do Parecer:

Código: 27539

Data: 05/11/2019

Prestador: ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA

Especialidade: 43 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Descrição: PCTE VITIMA DE TRAUMA CONTUSO, COLUÇÃO MOTO CARRO COM ELSÃO DE CONTUNDIDADE EM  
REGIÃO FRONTAL

ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA

CRM: 1117



Atendimento: 792944

Paciente: PRISCILA DE SOUSA LEAL

Idade: 31 Anos 10 Meses

Data de Nascimento: 06/01/1988

Leito Atual:

Médico Assistente: GUTEMBERG CLEMENTINO MARTINS M SOARES

Sector: PRONTO ATENDIMENTO

Prestador Responsável: TALISON VIEIRA DA SILVA

Conselho / Número COREN - PI - 921004

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

### ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 06/11/2019

Data anotação: 06/11/2019

Hora anotação: 00:00

Responsável: TALISON VIEIRA DA SILVA

Leito:

23:16 h

Cliente deu entrada neste pronto-atendimento com queixa principal de Colisão Moto x Carro, nível de consciência e orientação tempo-espacial satisfatórios, responsividade a estímulos verbais e dolorosos presente, respirando espontaneamente sem aporte de oxigenioterapia, nega alergia medicamentosa, realizado punção de acesso venoso periférico com cateter do tipo jelo calibre 18 G em MSE e administrado medicação conforme prescrição médica + hidratação venosa, realizado exames de Laboratório + Imagem + Eletrocardiograma e respondido parecer da Especialidade Ortopedista, realizado sutura pela medica do plantão. Segue de Alta Hospitalar após reavaliação médica do pronto-atendimento para internação, transferida para acomodação com medico ciente do procedimento aguardando programação.



TALISON VIEIRA DA SILVA

COREN 921004



NOME : PRISCILLA DE SOUSA LEAL  
MÉDICO : GUTEMBERG C. M. M. SOARES

NÚMERO : 626299

DATA : 18/11/2019

FATURA: 5140635



### RADIOGRAFIA DO BRAÇO DIREITO

### **RELATÓRIO**

O estudo radiológico do braço, realizado em incidências ântero/posterior e perfil, demonstra:

- Osteossíntese de fratura cominutiva em vias de consolidação na diáfise média do úmero, com material cirúrgico íntegros sem sinais de soltura. Não há desalinhamento ósseo significativo.
- Demais estruturas ósseas: com densidade e anatomia preservada.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade sem alterações.

### **IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**

Osteossíntese de fratura cominutiva em vias de consolidação na diáfise média do úmero com material cirúrgico íntegros sem sinais de soltura. Não há desalinhamento ósseo significativo.

Digitado: MARCUBB

udi24horas.com.br  
(86) 4009.1715

  
Flávio Teixeira Neto  
CRM 15423



NOME : PRISCILLA DE SOUSA LEAL  
MÉDICO : GUTEMBERG C. M. M. SOARES

NÚMERO : 626299

DATA : 16/12/2019

FATURA: 5164165



## RADIOGRAFIA DO BRAÇO DIREITO

### RELATÓRIO

O estudo radiológico do braço, realizado em incidências ântero/posterior e perfil, demonstra:

- Osteossíntese em fratura cominutiva em vias de consolidação na diáfise média do úmero, com material cirúrgico íntegros sem sinais de soltura. Não há desalinhamento ósseo significativo.
- Demais estruturas ósseas: com densidade e anatomia preservada.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade sem alterações.

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Osteossíntese em fratura cominutiva em vias de consolidação na diáfise média do úmero, com material cirúrgico íntegros sem sinais de soltura. Não há desalinhamento ósseo significativo.

Cópia: BRUNAP

udi24horas.com.br  
009.1715

Kaline Silva Santos Barreto  
CRM 12171



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/08/2020 10:22:48  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082510205870900000010901552>  
Número do documento: 20082510205870900000010901552

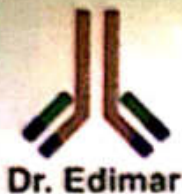
**Hospital  
United #4**

**LAUDO MÉDICO**

S432 + M255

1. General 1. U. S. S. S. R.  
 2. Orthopedic Department  
 3. Orthopedic Department  
 4. Orthopedic Department





**CLÍNICA  
MACHADO**

## RELATÓRIO MÉDICO

Relatamos que paciente de 40 anos, fêmea, foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido em 05.11.19 às 21:30. Teve lesão forte trauma que resultou em fratura no úmero direito, onde foi realizada cirurgia com placas e parafusos, com colocação de casto fixador, com notas de fratura. Não houve com sequelas fortes dores, tração dos membros com sensação de enrijecimento do membro atingido, com presença de edema e dor no braço esquerdo. Com recuperação funcional de 70%.

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

Dr. Edimar Machado da Silva  
Alergologia - Dermatologia  
Clínica Geral e Cirurgia  
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA  
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PI

13042020

Edimar

Dr. Edimar Machado da Silva  
Alergologia - Dermatologia  
Clínica Geral e Cirurgia  
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA  
(86) 9 9532-1987 - Teresina-PI

**Residencial Tropical Park**

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva  
Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929

Digitalizado com Ca



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETRAN - PI** Nº **013604744473**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA: 00995995249 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO: 2013

NOME: PRISCILA DE SOUSA LEAL

CPF / CNPJ: 60017004357 PLACA: OEG-3622

PLACA ANT. / UF: CHASSI: 9C2JC4820ER001547

ESPÉCIE TIPO: PAS/MOTONETA / NENHUMA COMBUSTÍVEL: ALCOOL/GAS

MARCA / MODELO: HONDA/BIZ 125 ES ANO FAB: 2013 ANO MOD: 2014

COR / POT. / CIL: 002P/0124CC CATEGORIA: PARTICU COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA ÚNICA: VENC. COTA ÚNICA: 1ª IPVA

2ª PAGO

PREMIO TARIFÁRIO (R\$): 000,00 IOF (R\$): 000,00 PREMIO TOTAL (R\$): 000,00 DATA DE PAGAMENTO: 30/01/2019

SEM RESTRICOES OBSERVAÇÕES:

TERESINA LOCAL: DATA: 25/02/2019

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: EDNAN SOARES COUTINHO

**PI Nº 013604744473 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**  
**www.seguradoralider.com.br**  
**SAC DPVAT 0800 022 1204**

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 25/02/2019

VIA: 1 CPF / CNPJ: 60017004357 PLACA: OEG-3622

RENÁVAM: 00995995249 MARCA / MODELO: HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB: 2013 CIL: 09 Nº CHASSI: 9C2JC4820ER001547

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

FUS (R\$): 000,00 DENATRAM (R\$): 000,00 CUSTO DO SEGURO (R\$): 000,00

CUSTO DO BILHETE (R\$): 000,00 IOF (R\$): 000,00 TOTAL DO PAGO PELA SEGURO (R\$): 084,58

PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 30/01/2019

**SEGURODORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 09.248.008/0001-04





## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

<b>IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA</b>	
Vítima:	Piscila de Sousa Leal
Data do Acidente:	05/11/2019
CPF da vítima:	600.170.043-57
Portador da documentação:	233 8956 SSP/PI
Qualificação do Portador:	<input checked="" type="checkbox"/> Vítima <input type="checkbox"/> Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:
Endereço do portador:	Rua Brasil, Vila Madre Teresa
Número:	4439
Complemento:	—
Bairro:	Picarrreira I
Cidade:	Teresina
UF:	PI
CEP:	64055-395
Telefone:	(86) 988486923
E-mail:	marciaville@hotmail.com

<b>MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO</b>	
<b>DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:</b>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
<input checked="" type="checkbox"/>	Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
<input checked="" type="checkbox"/>	Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
<input checked="" type="checkbox"/>	CPF da vítima (cópia simples e legível)
<input type="checkbox"/>	Laudo do IML (cópia simples e legível)
<input checked="" type="checkbox"/>	Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
<input checked="" type="checkbox"/>	Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
<input checked="" type="checkbox"/>	Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

<b>MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO</b>	
<b>DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:</b>	
<input type="checkbox"/>	Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
<input type="checkbox"/>	CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
<input type="checkbox"/>	Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)	

<b>PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA</b>	
Data:	Terminou 05/02/2020
	1338-956
	marciaville@hotmail.com

<b>MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO</b>	
<b>DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:</b>	
<input type="checkbox"/>	Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
<input type="checkbox"/>	Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
<input type="checkbox"/>	Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
<input type="checkbox"/>	CPF da vítima (cópia simples e legível)
<input type="checkbox"/>	Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
<input type="checkbox"/>	Comprovantes (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas
<input type="checkbox"/>	Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (cópia simples e legível)
<input type="checkbox"/>	Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

<b>MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO</b>	
<b>DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:</b>	
<input type="checkbox"/>	Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
<input type="checkbox"/>	CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
<input type="checkbox"/>	Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)	

<b>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</b>	
Morte = R\$ 13.500,00	
VALORES DE INDENIZAÇÕES: Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00	
Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)	
<ul style="list-style-type: none"><li>O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa</li><li>Com base na Legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário</li><li>Para acompanhar o pedido de Indenização, acesse <a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a> ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h</li></ul>	

<b>RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA</b>	
Data:	
Nome:	
Assinatura:	





## FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

3200061193

Data da solicitação:

13/04/2020  
DD/MM/AA

Nome do beneficiário:

Priscila de Sousa Beal

CPF do beneficiário:

600170043-57

Nome do solicitante:

Priscila de Sousa Beal

CPF do solicitante:

600170043-57

### DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (

086) 98848-6923

Tel. Comercial: (

DDD

Tel. Residencial: (

DDD

E-mail:

### INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

### MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

### ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

### NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

O valor que recebi da Seguradora está incompatível com a lesão que eu tenho no braço. Não tenho mais os mesmos movimentos de antes do acidente, tenho limitações no membro e não consigo mais realizar atividades que realizava antes do acidente.

Teresina, 13/04/2020

Local e Data

Priscila de Sousa Beal

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

### IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

Digitalizado com Cd



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/08/2020 10:22:48

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082510205870900000010901552>

Número do documento: 20082510205870900000010901552

Num. 11509741 - Pág. 28

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200061193 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PRISCILA DE SOUSA LEAL **Data do acidente:** 05/11/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA DA DIÁFISE DO ÚMERO DIREITO.

**Descrição do exame físico:** PACIENTE APRESENTA CICATRIZES EM FACE ANTERIOR DO BRAÇO DIREITO COM HIPOTROFIA MUSCULAR LOCAL; ADM DE OMBRO DIREITO: ABDUÇÃO 85°; FLEXÃO 80°; ROTAÇÃO EXTERNA 10°; ROTAÇÃO INTERNA 20°; EXTENSÃO 10°.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ÚMERO DIREITO MEDIANTE PLACA E PARAFUSOS E EVOLUIU COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO APÓS REABILITAÇÃO.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do ombro direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 18/02/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

**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 dos ombros	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:** 3200061193 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PRISCILA DE SOUSA LEAL **Data do acidente:** 05/11/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

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

**Data da análise:** 16/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA DA DIÁFISE DO ÚMERO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ÚMERO DIREITO MEDIANTE PLACA E PARAFUSOS E EVOLUIU COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO APÓS REABILITAÇÃO.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do ombro direito

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** VÍTIMA AVALIADA POR PERITO MÉDICO EM 18/02/2020.  
@P1

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0049791/20

Número do Sinistro: 3200061193

Vítima: PRISCILA DE SOUSA LEAL

CPF: 600.170.043-57

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 05/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PRISCILA DE SOUSA LEAL

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

### 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](http://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: 13/04/2020

Nome: PRISCILA DE SOUSA LEAL

CPF: 600.170.043-57

PRISCILA DE SOUSA LEAL

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/04/2020

Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0049791/20

**Vítima:** PRISCILA DE SOUSA LEAL

**CPF:** 600.170.043-57

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 05/11/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** PRISCILA DE SOUSA LEAL

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**PRISCILA DE SOUSA LEAL : 600.170.043-57**

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](http://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: 05/02/2020  
Nome: PRISCILA DE SOUSA LEAL  
CPF: 600.170.043-57

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/02/2020  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

PRISCILA DE SOUSA LEAL

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

