
Rio de Janeiro, 11 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190631093

Vítima: GILVANE CALASA DA SILVA

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILVANE CALASA 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



Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190631093

Vítima: GILVANE CALASA DA SILVA

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILVANE CALASA 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
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: GILVANE CALASA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000029

Conta: 0000067084-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 006.633.403-90 4 - Nome completo da vítima: Gilvane Calasa 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: Gilvane Calasa Da Silva 6 - CPF: 006.633.403-90

7 - Profissão: Eleticista 8 - Endereço: Es. Do Burupa 9 - Número: 514 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Rural 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000

15 - E-mail: lavansseguros2@huelmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
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: 0029 CONTA: 67084 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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 (vai nascer)? 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 rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 30/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



AUTOATENDIMENTO - AREOLINO DE ABREU

DATA: 31/10/2019

HORA: 10:28:42

TERMINAL: 28041025

CONTROLE: 280410250221

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0029 013.0000/004-7

NOME: GILVANE CALASA DA SILVA

TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: [REDACTED]

TELEFONE DEPOSITANTE: 80 9534-6565

NÚMERO DO ENVELOPE: 181573490

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003394/2019-34

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

Data/Hora: 05/09/2019 - 08:26

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

55 7342

Data/Hora

10/08/2019 - 07:40

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Bairro

SOCOPO

Endereço

PI-112, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: GILVANE CALASA DA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Mãe: MARIA DE NAZARÉ FERREIRA CALASA

Pai: CELSO SOARES SILVA

Endereço: AV. CANAÃ, Nº

Complemento: POVOADO GURUPÁ DE BAIXO

Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-3231-7524

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/NXR150BROS CARGO K, ANO 2009, PLACA-NIJ-3538-PI, RENAVAM-00167323067 DE PROPRIEDADE DE: RAFAEL FERNANDES CARVALHO, CPF-00433053348, A VITIMA INFORMA QUE TRAFEGAVA NA VIA ACIMA CITADA, QUANDO SE DEPAROU COM O ASFALTO QUEBRADO, PERDEU O CONTROLE CAIU, SENDO SOCORRIDO POR TERCEIROS E LEVADO PRA UPA DO SATELITE, DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HUT, PRONTUARIO-240000. FATO TESTEMUNHADO, POR ELENILSON SOARES DE OLIVEIRA, CPF- 00362976317. DECLARAÇÕES PRESTADAS PELO NOTICIANTE.

Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat.
ESCRIVÃO DE PO

Gilvane Calasa da Silva
Gilvane Calasa da Silva - Noticiante
Responsável pela Informação

Lacey Keiko Goul Patrão
Delegada Geral de Polícia Civil-PI
M.A. 176.331-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **006.633.403-90** 3 - CPF da vítima: **006.633.403-90** 4 - Nome completo da vítima: **Gilvane Calosa 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: **Gilvane Calosa Da Silva** 6 - CPF: **006.633.403-90**
7 - Profissão: **Eletricista** 8 - Endereço: **65 do burupa** 9 - Número: **512** 10 - Complemento: **casa**
11 - Bairro: **Rural** 12 - Cidade: **Teresina** 13 - Estado: **PI** 14 - CEP: **64000-000**
15 - E-mail: **eduanseguros2@hufmail.com** 16 - Tel.(DDD): **(86) 99534-6565**

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\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00**
☐ **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)**
AGÊNCIA: **0029** **CONTA:** **67084**
(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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 (val nascer)? **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 rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Teresina - PI 30/10/19**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 10/08/2019 11:50:02

(User: ARTHUR SAMPAIO)

(Estação: GESS002)

DADOS DO PACIENTE:**Nome:** GILVANE CALASA DA SILVA**Prontuário:** 240000**Mãe:** MARIA DE NAZARE FERREIRA CALASA**Pai:** CELSO SOARES SILVA**End.Resid.:** POVOADO GURUPA - ZONA RURAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010**Nascimento:** 28/02/1985**Idade:** 34a5m10d**Sexo:** Masculino**Fone:** 86-99813-7374**Responsável:** GILVANE CALASA**CNS:** 898003490429585**Profissão:** ELETRICISTA**Documento:** RG: 2454199 - SSP-PI**G. Instrução:** Fundamental Incompleto**E.Civil:** Casado(a)**DADOS DO ATENDIMENTO:****Código:** 735386**Entrada:** 10/08/2019 11:44:01**Convênio:** S U S**Proced:** 0301060061**Motivo da Procura****(Conforme Paciente/Acomp):** ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC**Indução:** VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:****Sinal/Sintoma de Apresentação:****Classificação:****Cor:**

Indefinido

Breve História Clas. Risco:**SSVV:** (Hora: ____:____)**Peso:** 0,00 Kg **Altura:** 0,00 M **IMC:** 0,00 Kg/m2 **Pulso:** bpm **Pressão:** mmHg**Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:**

PACIENTE COM HISTÓRIA DE TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO

TOMOGRAFIA REALIZADA
DATA 10/08/2019 HORA 13:32
EXAME UNO
TECNÓLOGO: *[assinatura]*RAIO-X REALIZADO
DATA 10/08/19 HORA ____
TÉCNICO: *[assinatura]***Diagnóstico Inicial:****CID:****Exames Complementares:**

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO PA E PERFIL

Prescrição Médica:*[assinatura]***Motivo da Alta/Encerramento:****Observação (Adulto)****DATA:** ____/____/____**HORA:** ____:____*[assinatura]*
Assinatura Paciente ou ResponsávelARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA
CRM 3200 - PI Em: 10/08/2019 11:50:00AD: 552.5. *[assinatura]* *[assinatura]*

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILVANE CALASA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000067084-7

Nr. da Autenticação 0F915F8EF57CA616

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ PI/98

Para contato
fornecedores, informe
esse NÚMERO:

SEU CÓDIGO

0834850-2

Nº da Nota Fiscal 023917639

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

CONTA MÊS - VENCIMENTO
JULHO/2019 **11-07-2019**
CONSUMO (kWh) **122** TOTAL A PAGAR (R\$) **113,85**

GILVANE CALASA DA SILVA
ES DO GURUPA S/N B-RURAL
CPF: 00000663340390
CEP: 64.000-000 - TERESINA

DADOS DA LEITURA

Atual: 8671
Anterior: 8549
Consumo Medido: 122
Consumo Natural: 122
Forma de Pagamento: NORMAL

ROT: 3.001.22.80.326820

DATAS DA LEITURA
Atual: 04/07/2019
Anterior: 04-06-2019
Próxima Leitura: 02-08-2019
Fim de Validade: 04-07-2019
Dias de Consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Classes/Subclasses: RESIDENCIAL MONO
Ligação: A1151612
Poste: 1.1.1.1
Média 12 meses: 118

HISTÓRICO kWh
Mês/ano consumo
JUN/19 128
MAI/19 116
ABR/19 110
MAR/19 117
FEV/19 128
JAN/19 109
DEZ/18 128
NOV/18 138
OUT/18 114
SET/18 124

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 122 - 0,517318

CONSUMO 122 A R\$ 0,859243 = 104,82
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 9,03
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,24

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E -ALIA O PLANO DE VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 03-07-2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTRA-RS
Distribuição: 22,04
Energia: 42,56
Transmissão: 7,19
Encargos: 3,52
Tributos: 29,51
Base de Cálculo: 104,82
Alíquota ICMS: 22,00%
Valor do ICMS: 23,06
Valor do PIS: 1,15
Valor do COFINS: 5,30
INDICADORES DE CONTINUIDADE: 6,48%

INDICADORES DE CONTINUIDADE
DIC: FIC DMIC DICRI
Mensal Trimestral Anual Mensal Trimestral Anual Mensal Mensal
Limite: 5,19 10,39 20,77 3,36 6,73 13,45 2,94
Realidade: 0,00 0,00 0,00
Conjunto: POLO 05/2019 41,07

ROT: 3.001.22.80.326820

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO
0834850-2
TOTAL A PAGAR - R\$ **113,85**

07/2019 11-07-2019
Nº da Nota Fiscal: 023917639 FCAM

83630000001 2 13850017000 4 000000000834 2 85020719000 1



SEQ.: 00095 UC: 0834850-2 DT.LEIT.: 04/07/2019
LEITURA: 8671 NORMAL TOTAL: 113,85 R\$
DT.VENC.: 11-07-2019 IRREG.: 000 COLET.

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Nelle Raze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gilvane Calasa Da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 006.633.403/90 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Gilvane Calasa Da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 006.633.403/90 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua 24 De Janeiro</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>Sala</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 30 de Outubro de 2019
Local e Data

x Nelle Raze Soares Marques
Assinatura do Declarante

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

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

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

Eu, Rafael Fernandes Carvalho
RG nº 2.339.307, data de expedição 10/08/11,
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 004.330.533-48,
com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Santa Teresinha, nº 3896,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Carvalho do Idem, cujo o condutor era
Thiago Carlos do Idem.
Veículo: moto Modelo: Honda/NXR 150 Bros Ano: 2009
Placa: NIJ-3538 Chassi: 9C2KDD04309R800149
Data do Acidente: 10/08/19

Local e Data: Teresina 29 de Setembro de 2019.

Rafael Fernandes Carvalho 
Assinatura do Declarante

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

3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lúcio de Albuquerque, 123 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 3211-0100 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br
Título: Autógrafa Quilombo da Sampaio Pereira

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE RAFAEL FERNANDES CARVALHO. DOU FÉ. EM TEST. Sim DA VERDADE. Teresina-PI, 29/08/2019. Selo: AAI17319-4CSQ
www.tjpi.jus.br/portalexta

Maria do Socorro de Carvalho de Sene-Escrevente Autorizada
Emol: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 91
DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Cartório Themistocles Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS
Maria do Socorro de Carvalho de Sene
Escrevente Autorizada
Teresina - PI



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 717271919	Nº REGULAÇÃO: 86144	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679639 - SATELITE-UNIDADE INTEGRADA DE SAÚDE DR LUIZ MILTON DE ÁREA LEAO - (86) 3235-2074		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	NASCIMENTO: 28/02/1985	
PACIENTE: GILVANE CALASA DA SILVA		

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

10/08/2019 09:23:58 PACIENTE VITIMA DE TRAUMA MOTOCICLISTICO COM MULTIPLAS ESCORIAÇÕES, SEM SINAIS DE ALARME PARA TCE, COM EDEMA E RESTRIÇÃO DE MOVIMENTAÇÃO EM PUNHO E. RX DE PUNHO EVIDENCIANDO FRATURA DE RADIO DISTAL. SOLICITO REGULAÇÃO HUT/ORTOPEDIA.

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 120x80(mmHg)

FREQ. CARDÍACA: 90bpm

SATURAÇÃO: 99%

FREQ. RESPIRATÓRIA: 15rpm

GLICEMIA:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 15

USO DE O2:

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 10/08/2019 09:31:31

Dra. Anderson Campelo
Médica
CRM/PI 7148

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

HUT SAME
COMUNICAÇÃO
SUS
Kee

Alta



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Gláucia Calixta da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 240.000

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

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Imp: 10/08/2019 11:50:02

(User: ARTHUR SAMPAIO)

(Estação: GESS002)

Nome: GILVANE CALASA DA SILVA		Prontuário: 240000	
Mãe: MARIA DE NAZARE FERREIRA CALASA		Pai: CELSO SOARES SILVA	
End.Resid.: POVOADO GURUPA - ZONA RURAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 28/02/1985	Idade: 34a5m10d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99813-7374
Responsável: GILVANE CALASA		CNS: 898003490429585	
Profissão: ELETRICISTA		Documento: RG: 2454199 - SSP-PI	
G. Instrução: Fundamental Incompleto		E.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 735386	Entrada: 10/08/2019 11:44:01	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor: Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

SSVV:	(Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE COM HISTORIA DE TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO

TOPOGRAFIA REALIZADA
DATA 10/08/2019 HORA 13:32
EXAME: M.E. (E)
TECNOLÓGICO: *[assinatura]*

RAIO-X REALIZADO
DATA 10/08/19 HORA ____
TÉCNICO: *[assinatura]*

Diagnóstico Inicial: ?	CID:
----------------------------------	-------------

Exames Complementares:

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO PA E PERFIL

Prescrição Médica:**Motivo da Alta/Encerramento:**

Observação (Adulto)	DATA: / /	HORA: :
----------------------------	------------------	----------------

Maria Luíza Araújo dos Santos
Assinatura Paciente ou Responsável

ARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA
CRM 3200 - PI Em: 10/08/2019 11:50:00

AD: 552.5. *Arthuro* 024080222023

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

Imp: 10/08/2019 11:50:02

(User: ARTHUR SAMPAIO)

(Estação: GESS002)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: GILVANE CALASA DA SILVA		Prontuário: 240000
Mãe: MARIA DE NAZARE FERREIRA CALASA	Pai: CELSO SOARES SILVA	
End.Resid.: POVOADO GURUPA - ZONA RURAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 28/02/1985	Idade: 34a5m10d	Sexo: Masculino Fone: 86-99813-7374
Responsável: GILVANE CALASA	CNS: 898003490429585	
Profissão: ELETRICISTA	Documento: RG: 2454199 - SSP-PI	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 735386	Entrada: 10/08/2019 11:44:01	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Indução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor: Indefinido
Breve História Clas. Risco:		?

SSVV:	(Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE TRAUMA EM PUNHO ESQUERDO

TOMOGRAFIA REALIZADA
DATA 10/08/2019 HORA 13:32
EXAME: UNES
TÉCNICO: Hugo
RAIO-X REALIZADO
DATA 10/08/19 HORA
TÉCNICO: tub

Diagnóstico Inicial:	CID:
-----------------------------	-------------

Exames Complementares:

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO PA E PERFIL

Prescrição Médica:**Motivo da Alta/Encerramento:**

Observação (Adulto)	DATA: / /	HORA: :
----------------------------	------------------	----------------

Maria Luiza Araújo dos Santos
Assinatura Paciente ou Responsável

ARTHUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA
CRM 3200 - PI Em: 10/08/2019 11:50:00

AD: 552.5. Código: 024080 22457



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856**244897****IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**5-Nome: **GILVANE CALASA DA SILVA**

6 - Prontuário: 240000

7-CNS: **898003490429585**8-Nascimento: **28/02/1985**9-Sexo: **Masculino**RG: **2454199 - SSP-PI**11-Mãe: **MARIA DE NAZARE FERREIRA CALASA**12-Fone: **86-99813-7374**13-Resp: **GILVANE CALASA**14-Cor: **Sem Informação**15-Endere: **POVOADO GURUPA - ZONA RURAL - CEP: 64000-010**-Munic: **TERESINA**17-Cod.IBGE: **221100**18-UF: **PI**19-CEP: **64000-010****JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

21 - Condições que justificam a internação:

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal do rádio

24-CID Prin:

S525

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO28-Cod.Proced.: **0408020407**

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

Tempo SUS

2

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: **02****01**

CPF

787.098.575-91

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

RICARDO SOARES VALENÇA

34-Data Solicitação:

10/08/2019

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilhete:

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (VALDENICE MENDES)

Consulta Local: 735386

Consulta SUS:

Impressão: 10/08/2019 15:00:05

Maria Luíza Araújo dos Santos



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 11/08/19

NOME DO PACIENTE: <u>Givane Lorena de Lira</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>240000</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Bloqueio + S</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>M. Leal</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>2. Um</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Jovinha</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.		
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>70</u>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <u>75</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
FSPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº <u>20</u>	UNID.	01		<u>Medula espin</u>		02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA -		01	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Elutroco</u>		02	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Enures</u>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>me lula</u>			
PROLENE							

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

GUARANE CALASA JA Junior

Diagnóstico pré-operatório

FRAT. TRC. OSTHOIDE RASO (E) -

Operação - Tipo

OSTEOSS. PORWITAMON

Cirurgião

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

11/8/14

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Lavagem em BSA, sob antisept.
- 2) Anestesia + antisséptica com campo esteril
- 3) Marking p/ guilhotina
- 4) Fratura punção com 2 f12
- 5) Controle sob inspeção oc.
- 6) Curativo
- 7) A SUTURA

Dr. Leonardo Soares
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 4468 TEOT 12409



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GILVANE CALASA DA SILVA** (Prontuário: 240000)
Endereço: POVOADO GURUPA - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 28/02/1985 Idade: 34a5m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 735386
Requisição: 986204 Solicitação: 10/08/2019 Solicitante: JUSTIVAN SERGIO LEAL TEIXEIRA
Controle: 1281123 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020015

Data Exame: 10/08/2019

T.C. DE PUNHO ESQUERDO

TÉCNICA: EXAME REALIZADO EM TOMÓGRAFO MULTI-SLICE COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, CORONAL, SAGITAL E VOLUMÉTRICA.

- FRATURA ALINHADA NA EPÍFASE DISTAL DO RÁDIO, COM EXTENSÃO À SUPERFÍCIE ARTICULAR.
- FRATURA ALINHADA NA PORÇÃO DISTAL DO CAPITATO.
- FRATURA DO OSSO COMPACTO NA METÁFISE DISTAL DO RÁDIO.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

(RENAN

TERESINA - PI 10/08/2019

CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES

CPF: 395.907.393-34 CRM: 2000

Profissional Responsável

HUT - TERESINA
CONFIRMADO
TERESINA
SERVIDOR
TERESINA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS" (INS)



Calvina Calasa da Silva
0889230

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.110.042 DATA DE EXPEDIÇÃO 10/06/16

NOME GILVANE CALASA DA SILVA

FILIAÇÃO MARIA DE NASARÉ FERREIRA CALASA
CELSO SOARES SILVA

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 28/02/1985

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 202589 L A243 F 28

CPF EXP TERESINA-PI 23/07/92
006.633.403-90

0889230

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0394331/19

Vítima: GILVANE CALASA DA SILVA

CPF: 006.633.403-90

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 10/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILVANE CALASA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

GILVANE CALASA DA SILVA : 006.633.403-90

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: 11/11/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/11/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190631093 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILVANE CALASA DA SILVA **Data do acidente:** 10/08/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO (PG 9).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS) E ALTA MÉDICA.

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

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 PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PG 6 E 7 - CIRURGIA

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 punhos	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: 3190631093 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILVANE CALASA DA SILVA **Data do acidente:** 10/08/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO (PG 9).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS) E ALTA MÉDICA.

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

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 PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PG 6 E 7 - CIRURGIA

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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: GILVANE CALASA DA SILVA

RG: 4.110.042

ORG. EMISSOR: SSP/PI

D. EXPEDIÇÃO: 10/06/2016

CPF: 006.633.403-90

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

PROFISSÃO: ELETRICISTA

ENDEREÇO: ES DO GURUPA S/N

Nº: S/N

COMPLEMENTO: CASA

BAIRRO: RURAL

CIDADE: TERESINA

ESTADO: PI

CEP: 64000-000

TELEFONE :

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: NELLE ROZE SOARES MARQUES

RG: 4.119.262

ORG. EMISSOR: SSS/PI

D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14

CPF: 840.173.173-91

ESTADO CIVIL: SOLTEIRA

PROFISSÃO: RECUSO

ENDEREÇO: RUA 24 DE JANEIRO

Nº: 544

BAIRRO: CENTRO

CIDADE: TERESINA

UF: PI

CEP: 64000-235

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT. A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTES MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Gilvane Calasa da Silva

Data do acidente de trânsito: 30/08/2019

Cobertura da vítima: Invalidez

LOCAL / DATA: TERESINA, 29/08/2019

Gilvane Calasa da Silva

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

Cartório Themiocles Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS
Município de Teresina - PI
Escritório Autorizado
Teresina - PI

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE GILVANE CALASA DA SILVA. DOU. FE. EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 29/08/2019. www.cjpi.jus.br/portalextm. Maria do Socorro de Carvalho de Sampaio - Autorizada. Enol: 3,85 TJO, 77 FIMP/PI: 0,10 Selos: 0,26 Total: 4,98 - OP: 91. Procuração Particular - DPVAT.

3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0394331/19

Vítima: GILVANE CALASA DA SILVA

CPF: 006.633.403-90

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 10/08/2019

Titular do CPF: GILVANE CALASA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

GILVANE CALASA DA SILVA : 006.633.403-90

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: 11/11/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/11/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa