

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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, Sérgio Lucas Vieira Lima

RG nº 3.606.265, data de expedição 03/06/11

Órgão SSP, portador do CPF nº 063.338.123-60

com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de

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

Quadra G3 Condição Teresina Sul, nº 05

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

Fernando Vieira de Andrade, cujo o condutor era

Geizara Maria Vieira Lima

Veículo: BIZ Modelo: 110 I Ano: 2019

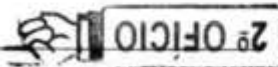
Placa: ORP-4559 Chassi: 9C2JC7000KR003385

Data do Acidente: 19/01/19

Local e Data: CROZAMENTO DA AVENIDA NOZ MENDES 19/01/19

Sérgio Lucas Vieira Lima

Assinatura do Declarante



Geizara Maria Vieira Lima

Assinatura do Condutor

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

2º Tabelionato de Notas e Registro de Imóveis - 3ª Circunscrição - Teresina - Piauí
Teresina - PI - CEP 64.040-000 / Fone: (085) 3304-2119 email: cartorio@tjpi.jus.br
Bdr: Marlyane de Oliveira Sousa - Tabata Marina - Portalextr 30062017 - 22/11/2017 (TJPI) Teresina - Piauí

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE SÉRGIO LUCAS VIEIRA LIMA, EM TEST. DA VERDADE. DOU FÉ.
TERESINA, 02/09/2019 14:53:19
SELO AAF20548 - 32AN CONSULTE EM www.tjpi.jus.br/portalextra



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ/06/98

Nº da Nota Fiscal 027701998

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

CONTA MÊS VENCIMENTO CONSUMO (kWh) TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019 01/10/2019 368 395,64

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA	DATA DA LEITURA
Atual: 21430	Atual: 24/09/2019
Anterior: 21062	Anterior: 26/08/2019
Constante de Multiplicação: 1,000	Próxima Leitura: 24/10/2019
Consumo Medido: 368	Emissão: 23/09/2019
Consumo Faturado: 368	Apresentação: 24/09/2019
Forma de Faturamento: NORMAL	Dias de Consumo: 29
Código de Irregularidade:	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pac.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	204

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
AGO/19 285	CONSUMO 368 A R\$ 0,974683 = 358,68
JUL/19 222	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 28,94
JUN/19 205	CORRECAO MONETARIA DA 08/19-00 0,04
MAI/19 204	CORRECAO MONETARIA IG 08/19-00 0,53
ABR/19 178	MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00 0,44
MAR/19 243	JUROS DE MORA ATRASO 08/19-00 0,11
FEV/19 297	MULTA POR ATRASO 08/19-00 5,52
JAN/19 365	JUROS POR ATRASO 08/19-00 1,38
DEZ/18 57	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 14,71
NOV/18 0	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 368 - 0,555318

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/09/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

*Você pode evitar essas contas de vencimento de sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por meio das nossas canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO 4301.D09F.B1CB.2C70.B985.A944.4458.D4F6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	70,54	Base de Cálculo:	358,68 261,83
Energia:	136,30	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	23,05	Valor do ICMS:	96,84
Encargos:	11,28	Valor do PIS:	3,68
Tributos:	117,51	Valor do COFINS:	16,99

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DEC			FEC			CMSC	CMSC
	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunto	TERESINA-MACAURA						Período de apuração:	07/2019
							Valor:	78,61

ROT: 17.001.31.11.020500

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$

equatorial
ENERGIA

0051869-7

395,64

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

09/2019

01/10/2019

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

Nº da Nota Fiscal: 027701998 FCAM

83660000003 5 95640017000 0 00000000051 3 86970919008 4



SEQ.: 00341 UC: 0051869-7 DT.LEIT.: 24/09/2019 T.ENTR.: 09
LEITURA: 21430 NORMAL TOTAL: 395,64 CARGA: 010
DT.VENC.: 01/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2072

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fernanda Velina de Andrade inscrito (a) no CPF sob o Nº 875.244.813/49 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Fernanda Velina de Andrade inscrito (a) no CPF sob o Nº 875.244.813/49, 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, 27 de Setembro de 2019
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante



Dados do Chamado	01 N° do chamado 2673	02 Data do chamado 19/11/19	03 PRO (código) 28919	04 Saída do PA 09:30	05 Chegada ao local 9:37
	06 Saída do local 9:47	07 Chegada ao 1° hospital 10:07	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Av. Noe Mendes	11 Bairro Renascença III	12 Município-UF THER-PI	Código IBGE	
	13 Ponto de referência VDA				
Dados do Paciente	14 Nome Fernanda Vieira de Andrade	15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado	16 Idade 36		
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		18 Tipo de ocorrência		
Tipo de Ocorrência	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
	19 Vítima 1- Pedestre 2- Condutor 3- Passageiro 9- Ignorado				
Acidente de Transporte	20 Meio de locomoção 1- A pé 2- Automóvel 3- Motocicleta 4- Bicicleta		21 Outra parte envolvida 1- Automóvel 2- Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta		22 Equipamentos de segurança Capacete ☐ Airbag Cinto de segurança Assento para criança
	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma		RESPOSTA VERBAL 5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma		RESPOSTA MOTORA 6- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum
Exame Físico	24 Sinais Vitais Pulso 83 Resp. 23 PA 140x80 TAX SatO2 94.1		25 Local da lesão		
	26 Pupilas 1- Iguais 2- Desiguais		27 Pulso Radial Central 1- Cheio 2- Fino 3- Ausente		
Assistência	28 Sangramento 1- Sim 2- Não		29 Dor 0 Sem Dor 1 Leve 2 Moderada 3 Intensa 4 10		
	30 Ferida 1- Sim 2- Não 3- Suspeito		31 Procedimentos realizados (1- Sim 2- Não)		
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino COT.		33 Condições de entrada 1- Melhorado 2- Piorando 3- Inalterado		
	34 Óbito 1- Sim 2- Não		35 Observações Interdisciplinar		
Pt. simples concluída em motocicleta usando cinto de segurança colisão com outro moto gerando dor intensa no joelho direito e punha direita. segue consciente, orientada, calma, eupneica e sem alterações vitais. Pt. aponta per alergia a DIPIRONA. acompanhada.					
Responsável pela recepção Dokma		Socorristas Médico AE/TE		Enfermeiro Condutor	

CNPJ 27.574.740/0001-06 - LE 139969374
Av. Prof. Camilo Pinho, 1360, Todos os Santos - CEP 64080-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 228 2000 ou 333 / (86) 98124-3199

AGUAS DE
TERESINA

MATRICULA

12817970-8

FATURA Nº
MÊS / ANO

152551858
8/2019

EURIDES VIEIRA DE ANDRADE

CON. RENASCENÇA
II, Q-058-C-11A-RENASCENÇA-TERESINA-PI-cep: 64082550

009-00002-005040

DATA	TIPO	LIQ.	FATURAÇÃO
07/2019	Lido	12	12
08/2019	Lido	16	16
09/2019	Lido	13	13
10/2019	Lido	14	14
11/2019	Lido	15	15

1 Residencial - Normal

CONSUMO MÊS M3

10

LEI 12.140/07
PS. RASEP08 - 66x1,65x = 8,58
COPINS - 30,66x7,68x = 2,33

ANTERIOR 12/07/2019 188
ATUAL 13/08/2019 197

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL	TAXA DE CONSUMO R1/M3 E R2
1	3,2600
2	5,7120
3	9,9999

NÃO RESIDENCIAL
TAXA DE CONSUMO R1/M3 E R2

VALOR REFERENTE AGUA - 30,66
> Residencial-Normal

10,0 m3

30,66

VENCIMENTO 25/08/2019

TOTAL A PAGAR 30,66

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 1 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Conforme Lei Federal nº 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARAMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ODOR (UNE)	2561	2538	23	1,35	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2667	2618	49	6,08	Inferior a 15
PH	2879	2842	37	6,78	6,00-9,50
TURBID.	2803	2740	63	1,82	Inferior a 5

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARAMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCOLÓNIA COL.	1027	1025	2	Ausente	Ausente
	1027	1027	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 13/08/2019 HORA DA EMISSÃO: 10:26

TC 1.38 2819812102625

AGUAS DE
TERESINA

MATRICULA

12817970-8

FATURA Nº
MÊS / ANO

152551858
8/2019

VALOR A PAGAR

30,66

VENCIMENTO

25/08/2019

82630000000-5 30661535000-7 00201915255-8 18580100104-0



*** AVISO DE DÉBITO ***

Prezado cliente,
Não identificamos o pagamento do(s) débito(s) abaixo relacionado(s).
Neste modo, solicitamos que regularize sua situação junto a nossa
Nossa empresa, para contato para esclarecimentos através dos
responsáveis aos débitos



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002174/2019-93

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 07/06/2019 - 15:00

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. NOE MENDES, Nº:

Complemento

Bairro

RENASCENÇA I

Ponto de Referência

Data/Hora

19/01/2019 - 09:00

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1652753

Mãe: EURIDES VIEIRA DE ANDRADE

Endereço: QUADRA 58, CASA 11, Nº

Bairro: RENASCENÇA II

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9916-9809

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE ERA PASSAGEIRA DA MOTO HONDA/BIZ 110, ANO 2018/2019, PLACA QRP-4559, PROPRIETÁRIO SERGIO LUCAS VIEIRA LIMA, CONDUTOR GECIARA MARIA VIEIRA LIMA, RELATA A VITIMA QUE TRAFEGAVA NA CITADA AVENIDA. QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO INVADIU O SINAL VERMELHO E COLIDIU COM A MOTO DA VITIMA, LESIONADA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, ENCAMINHADA PARA A CLINICA CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Narceiza De Mena Ghaib Lima - Mat.
ESCRIVÃO DE PO.

Fernanda Vieira de Andrade
FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE - Noticiante
Responsável pela Informação

Lucy Airto Leal Paraiiba
Delegada Geral da Polícia Civil-PI
M.O. 105.315-3

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: 875.244.813-49 4 - Nome completo da vítima: Fernanda Vieira De Andrade

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

5 - Nome completo: Fernanda Vieira De Andrade 6 - CPF: 875.244.813-49
7 - Profissão: Autônoma 8 - Endereço: Rua Renascença II 0-0586-11A 9 - Número: 11 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Renascença 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64082-550
15 - E-mail: lideransseguros2@hotmail.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 ☐ R\$1.00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0029 CONTA: 67 804 0 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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 (vairasos)? ☐ 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 Lider 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 - Piauí 27/09/19

Fernando Vieira De Andrade

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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)

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 67 804 0

(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) ☐ 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 (valor)? ☐ 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: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



VÁLIDO SOMENTE NO BRASIL

CAIXA

POUPANÇA

5067 2251 7237 5067

5067

VÁLIDO ATÉ

10/24

FERNANDA VIEIRA A LIMA

0029 013 00067804-0

elo

Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190562618

Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Data do Acidente: 19/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

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, 09 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190562618

Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Data do Acidente: 19/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 20/08/2019, emitido pelo Dr. CELSO A. MENDES COIMBRA CRM nº 3918 - PI, da Instituição COT, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190599566**

Nome do(a) Examinado(a): **FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Conjunto Renascença II, 11 - Teresina - PI - CEP 64082-550

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **1652753**

Data e local do acidente: [**19/01/2019**]

AV NOE MENDES BAIRRO RENASCENCA I TERESINA PI

Data e local do exame: [**05/11/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DA PATELA DIREITA.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 110º) DO JOELHO DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

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

TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM ABRIL DE 2019.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do joelho direito

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

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

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Joelho direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Ismar Aguiar M. Filho
Médico
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0369788/19

Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

CPF: 875.244.813-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/01/2019

Titular do CPF: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

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

FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA : 875.244.813-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/10/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa

PROCURAÇÃO PARTICULAR**OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)**

NOME: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE

RG: 1.652.753

ORG. EMISSOR: SSP/PI

D. EXPEDIÇÃO: 20/03/2019

CPF: 875.244.813-49

ESTADO CIVIL: SOLTEIRA

PROFISSÃO: AUTONOMA

ENDEREÇO: COM RENASCENCA II QD-058 C-11A

Nº: 1

COMPLEMENTO: CASA

BAIRRO: RENASCENCA

CIDADE: TERESINA

ESTADO: PIAUI

CEP: 64085-550 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 DESTE MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Fernanda Vieira De Andrade

Data do acidente de trânsito :

29/03/2019

Cobertura da vitima :

Integral

LOCAL / DATA :

03/09/2019

6º OFÍCIO

Fernanda Vieira de Andrade

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

Cartório 6º Ofício de Teresina
Escritório de Área Leão dos
CANTO DE TERESINA
Escritório de Área Leão dos

Atuação Especializada em: OBRIGATORIO - 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 DESTE MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190599566 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @PG.1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190599566 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA DIREITA.

Descrição do exame físico: VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 110º) DO JOELHO DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM ABRIL DE 2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 05/11/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190599566 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @PG.1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190599566 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA DIREITA.

Descrição do exame físico: VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 110º) DO JOELHO DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM ABRIL DE 2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 05/11/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0369788/19

Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

CPF: 875.244.813-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/01/2019

Titular do CPF: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

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

FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA : 875.244.813-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/10/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0476263

Nelle Roze Soares Marques
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTONIO SOARES JUCUNDE

DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

CRATEUS-CE
DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 529 L 61/E 143
EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI

840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO N° 89.250/83

RELATÓRIO MÉDICO

Declinamos que Fernando Vieira de Andrade, foi vítima de acidente de trânsito foto ocorrido em 19.01.19 às 9:00hs, tendo sofrido forte trauma que mis. Percebam com fratura do polo inferior do patela direita, tendo sido efetuado tratamento com enfiamento, com alta definitiva, foi também realizado acompanhamento fisioterápico relatou como sequelas: fortes dores com limitação do movimento, com sensação de enfiamento do acalhar atingido. Com capacidade funcional de 80%.

Edimar
18.10.19

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

- 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

Paciente: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA
End. Q 20 CASA 03 Bairro RENASCENÇA III Cid. TERESINA UF PI CEP 64000000 Fone 869 9547 1968 Ident.: Fone 1652753

Data: 19/01/2019 10:19 DR CELSO ANTONIO MENDES C * URGÊNCIA IAPEP
No. atend. 280289 URGENCIA

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM DORES EM JOELHO D
RX DE JOELHO D AP-P
FRATURA DE POLO INFERIOR DE PATELAR
GESSO TUBO





CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

(0**86) 99991-0176

Nome:

Fernanda Vieira de Azevedo

Atestado médico

Atesto para os devidos fins que a
Paciente supracitada foi vítima de
ocidente de eletrocussão dia 19/01/19 com
fratura do fêmur inferior do membro direito;
Paciente submetida a tratamento conservador
estando de alta ambulatorial com curativo
completo do arco de espessamento e perda
Data 20/05/19 livre da força muscular.

Dr. Gelson de Azevedo Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 39187-1/2015 13138

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada



Pioneira em Radiologia
Ortopédica **DIGITAL**



Paciente: 280289 FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE L

SERVER

CENTRO ORTOPÉDICO DE TERESINA
FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE L
280289
DATA 20190119
EX:

WV: 4096 2048
ZOOM: 149 151
No IMGS: 10
IMG ATUAL: 1
AQUIS: 1
CONT

WV: 4096 2048
ZOOM: 150 36%
No IMGS: 1
IMG ATUAL: 1
AQUIS: 1



THICK: 2.5mm
MATRIX: 2971 x 1863
FOV: 172 mm x 392 mm

THICK: 2.5mm
MATRIX: 2971 x 1863
FOV: 172 mm x 392 mm

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Fernanda Vieira de Andrade

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	1.652.753	DATA DE EXPEDIÇÃO	20/03/19
NOME	FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE		
FILIAÇÃO	EURIDES VIEIRA DE ANDRADE ANTONIO JOSÉ NICOLAU		
NATURALIDADE	TERESINA-PI	DATA DE NASCIMENTO	09/07/1976
DOC. ORIGEM	CERT.CASAM. 21362 L 58B F 277V		
EXP	TERESINA-PI 08/02/19		
CPF	875.244.813-49		

Assinatura de: Chegas Pinheiro Medeiros

LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/83

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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, Sérgio Lucas Vieira Lima

RG nº 3.606.265, data de expedição 03/06/11

Órgão SSP, portador do CPF nº 063.338.123-60

com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de

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

Quadra G3 Condição Teresina Sul, nº 05

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

Fernando Vieira de Andrade, cujo o condutor era

Geizara Maria Vieira Lima

Veículo: BIZ Modelo: 110 I Ano: 2019

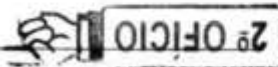
Placa: ORP-4559 Chassi: 9C2JC7000KR003385

Data do Acidente: 19/01/19

Local e Data: CROZAMENTO DA AVENIDA NOZ MENDES 19/01/19

Sérgio Lucas Vieira Lima

Assinatura do Declarante



Geizara Maria Vieira Lima

Assinatura do Condutor

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

2º Tabelionato de Notas e Registro de Imóveis - 3ª Circunscrição - Teresina - Piauí
Teresina - PI - CEP 64.040-000 / Fone: (085) 3304-2119 email: cartorio@tjpi.jus.br
Bel. Marlyane de Oliveira Sousa - Tab.ª Titular - Portaletr. 30062017 - 22/11/2017 (TJPI) Teresina-Piauí

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE SÉRGIO LUCAS VIEIRA LIMA, EM TEST. DA VERDADE. DOU FÉ.
TERESINA, 02/09/2019 14:53:19
SELO AAF20548 - 32AN CONSULTE EM www.tjpi.jus.br/portaletra



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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fernanda Velina de Andrade inscrito (a) no CPF sob o Nº 875.244.813/49 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Fernanda Velina de Andrade inscrito (a) no CPF sob o Nº 875.244.813/49, 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, 27 de Setembro de 2019
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 027701998

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

CONTA MÊS VENCIMENTO CONSUMO (kWh) TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019 01/10/2019 368 395,64

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA	DATA DA LEITURA
Atual: 21430	Atual: 24/09/2019
Anterior: 21062	Anterior: 26/08/2019
Constante de Multiplicação: 1,000	Próxima Leitura: 24/10/2019
Consumo Medido: 368	Emissão: 23/09/2019
Consumo Faturado: 368	Apresentação: 24/09/2019
Forma de Faturamento: NORMAL	Dias de Consumo: 29
Código de Irregularidade:	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pac.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	204

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
AGO/19 285	CONSUMO 368 A R\$ 0,974683 = 358,68
JUL/19 222	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 28,94
JUN/19 205	CORRECAO MONETARIA DA 08/19-00 0,04
MAI/19 204	CORRECAO MONETARIA IG 08/19-00 0,53
ABR/19 178	MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00 0,44
MAR/19 243	JUROS DE MORA ATRASO 08/19-00 0,11
FEV/19 297	MULTA POR ATRASO 08/19-00 5,52
JAN/19 365	JUROS POR ATRASO 08/19-00 1,38
DEZ/18 57	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 14,71
NOV/18 0	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 368 - 0,555318

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/09/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

*Você pode retirar suas contas de vencimento de sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato por meio das nossas canais de atendimento.

RESERVADO AO FISCO 4301.D09F.B1CB.2C70.B985.A944.4458.D4F6

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	70,54	Base de Cálculo:	358,68 261,83
Energia:	136,30	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	23,05	Valor do ICMS:	96,84
Encargos:	11,28	Valor do PIS:	3,68
Tributos:	117,51	Valor do COFINS:	16,99

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DEC			FEC			CMSC	CMSC
	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Semestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunto	TERESINA-MACAURA						Período de apuração:	07/2019 78,61

ROT: 17.001.31.11.020500

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$

equatorial
ENERGIA

0051869-7

395,64

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

09/2019

01/10/2019

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

Nº da Nota Fiscal: 027701998 FCAM

83660000003 5 95640017000 0 00000000051 3 86970919008 4



SEQ.: 00341 UC: 0051869-7 DT.LEIT.: 24/09/2019 T.ENTR.: 09
LEITURA: 21430 NORMAL TOTAL: 395,64 CARGA: 010
DT.VENC.: 01/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2072



Dados do Chamado	01 N° do chamado 2673	02 Data do chamado 19/11/19	03 PRO (código) 28919	04 Saída do PA 09:30	05 Chegada ao local 9:37
	06 Saída do local 9:47	07 Chegada ao 1° hospital 10:07	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Av. Noe Mendes	11 Bairro Renascença III	12 Município-UF THER-PI	Código IBGE	
	13 Ponto de referência VDA				
Dados do Paciente	14 Nome Fernanda Vieira de Andrade	15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado	16 Idade 36		
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado		18 Tipo de ocorrência		
Tipo de Ocorrência	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
	19 Vítima 1- Pedestre 2- Condutor 3- Passageiro 9- Ignorado				
Acidente de Transporte	20 Meio de locomoção 1- A pé 2- Automóvel 3- Motocicleta 4- Bicicleta		21 Outra parte envolvida 1- Automóvel 2- Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta		22 Equipamentos de segurança Capacete ☐ Airbag Cinto de segurança Assento para criança
	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma		RESPOSTA VERBAL 5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma		RESPOSTA MOTORA 6- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum
Exame Físico	24 Sinais Vitais Pulso 83 Resp. 23 PA 140x80 TAX SatO2 94.1		25 Local da lesão		
	26 Pupilas 1- Iguais 2- Desiguais		27 Pulso Radial Central 1- Cheio 2- Fino 3- Ausente		
Assistência	28 Sangramento 1- Sim 2- Não		29 Dor 0 Sem Dor 1 Leve 2 Moderada 3 Intensa 4 10		
	30 Ferida 1- Sim 2- Não 3- Suspeito		31 Procedimentos realizados (1- Sim 2- Não)		
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino COT.		33 Condições de entrada 1- Melhorado 2- Piorando 3- Inalterado		
	34 Óbito 1- Sim 2- Não		35 Observações Interdisciplinares		
Pt. simples concluída em motocicleta usando cinto de segurança colisão com outro moto gerando dor intensa no joelho direito e punha direita segue consciente, orientada, calma, eupneica e sem alterações vitais Pt. aponta per alergia a DIPIRONA. Descompensada					
Responsável pela recepção Dokma		Socorristas Médico AE/TE		Enfermeiro Condutor	

CNPJ 27.574.740/0001-06 - LE 139969374
Av. Prof. Camilo Pinho, 1360, Todos os Santos - CEP 64080-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 228 2000 ou 333 / (86) 98124-3199

AGUAS DE
TERESINA

MATRICULA

12817970-8

FATURA Nº
MÊS / ANO

152551858
8/2019

EURIDES VIEIRA DE ANDRADE

CON. RENASCENÇA
II, Q-058-C-11A-RENASCENÇA-TERESINA-PI-cep: 64082550

009-00002-005040

DATA	TIPO	LIQ.	FATURAÇÃO
07/2019	Lido	12	12
08/2019	Lido	16	16
09/2019	Lido	13	13
10/2019	Lido	14	14
11/2019	Lido	15	15

1 Residencial - Normal

CONSUMO MÊS M3

10

LEI 12.140/07
PS. RASEP08 - 66x1,65x = 8,58
COPINS - 30,66x7,68x = 2,33

ANTERIOR 12/07/2019 188
ATUAL 13/08/2019 197

TABELA DE TARIFAS

RESIDENCIAL	TAXA DE CONSUMO R1/M3 E R2
19	3,2600
19	5,7120
24	9,9999

NÃO RESIDENCIAL
TAXA DE CONSUMO R1/M3 E R2

VALOR REFERENTE AGUA - 30,66
> Residencial-Normal

10,0 m3

30,66

VENCIMENTO 25/08/2019

TOTAL A PAGAR 30,66

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 1 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Conforme Lei Federal nº 11.645/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARAMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ODOR (UNE)	2561	2538	23	1,35	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2667	2618	49	6,08	Inferior a 15
PH	2879	2842	37	6,78	6,00-9,50
TURBIDEZ	2803	2740	63	1,82	Inferior a 5

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARAMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCOLÓNIA COL.	1027	1025	2	Ausente	Ausente
	1027	1027	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 13/08/2019 HORA DA EMISSÃO: 10:26

TC 1.38

2819812102625

AGUAS DE
TERESINA

MATRICULA

12817970-8

FATURA Nº

152551858

MÊS / ANO

8/2019

VALOR A PAGAR

30,66

VENCIMENTO

25/08/2019

82630000000-5 30661535000-7 00201915255-8 18580100104-0



*** AVISO DE DÉBITO ***

Prezado cliente,
Não identificamos o pagamento do(s) débito(s) abaixo relacionado(s).
Neste modo, solicitamos que regularize sua situação junto a nossa
Nossa empresa, para contato para esclarecimentos através dos
responsáveis aos débitos



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002174/2019-93

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 07/06/2019 - 15:00

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. NOE MENDES, Nº:

Complemento

Bairro

RENASCENÇA I

Ponto de Referência

Data/Hora

19/01/2019 - 09:00

555517

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE

RG: 1652753

Mãe: EURIDES VIEIRA DE ANDRADE

Endereço: QUADRA 58, CASA 11, Nº

Bairro: RENASCENÇA II

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9916-9809

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE ERA PASSAGEIRA DA MOTO HONDA/BIZ 110, ANO 2018/2019, PLACA QRP-4559, PROPRIETÁRIO SERGIO LUCAS VIEIRA LIMA, CONDUTOR GECIARA MARIA VIEIRA LIMA, RELATA A VITIMA QUE TRAFEGAVA NA CITADA AVENIDA, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO INVADIU O SINAL VERMELHO E COLIDIU COM A MOTO DA VITIMA, LESIONADA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, ENCAMINHADA PARA A CLINICA CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Narceiza Da Maria Chaib Lima - Mat.
ESCRIVÃO DE POI

Fernanda Vieira de Andrade
FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE - Noticiante
Responsável pela Informação

Lucas e Aécio Leal Maranhão
Delegacia Geral de Polícia Civil
M. 100.571.9

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: 875.244.813-49 4 - Nome completo da vítima: Fernanda Vieira De Andrade

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

5 - Nome completo: Fernanda Vieira De Andrade 6 - CPF: 875.244.813-49
7 - Profissão: Autônoma 8 - Endereço: Rua Renascença II 0-0586-11A 9 - Número: 11 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Renascença 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64082-550
15 - E-mail: lideransseguros2@hotmail.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 ☐ R\$1.00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0029 CONTA: 67 804 0 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) ☐ 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 (vairasos)? ☐ 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 - Piauí 27/09/19

Fernando Vieira de Andrade

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 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)

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 67 804 0

(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) ☐ 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 (valor)? ☐ 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: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



VÁLIDO SOMENTE NO BRASIL

CAIXA

POUPANÇA

5067 2251 7237 5067

5067

VÁLIDO ATÉ

10/24

FERNANDA VIEIRA A LIMA

0029 013 00067804-0

elo

Rio de Janeiro, 15 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190599566

Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Data do Acidente: 19/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000029

Conta: 0000067804-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190599566

Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Data do Acidente: 19/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

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, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190599566

Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Data do Acidente: 19/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0233180/19

Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

CPF: 875.244.813-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/01/2019

Titular do CPF: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA : 875.244.813-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/07/2019
Nome: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA
CPF: 875.244.813-49

FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/07/2019
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

ANDREZA ALVES DA CUNHA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190421339 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO PERICIAL DO IML 119052, DR. JOSÉ LUIZ CASTELO B. DE SIQUEIRA, CRM/PI 1873, 10/06/2019. QUESITO 5º - NÃO.

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0233180/19

Número do Sinistro: 3190421339

Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

CPF: 875.244.813-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/01/2019

Titular do CPF: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/08/2019
Nome: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA
CPF: 875.244.813-49

FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/08/2019
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190421339 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA **Data do acidente:** 19/01/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO PERICIAL DO IML 119052, DR. JOSÉ LUIZ CASTELO B. DE SIQUEIRA, CRM/PI 1873, 10/06/2019. QUESITO 5º - NÃO.

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



LAUDO DE EXAME PERICIAL - L. CORPORAL-ACID. TRÂNSITO

Identificação do Laudo:

Pag: 1 de 1

Código: 119052	Tipo: L. CORPORAL-ACID.	Requerente: DELEGACIA DE ACIDENTES	Cidade: TERESINA-PI
Data Requisição: 10/06/2019	Remeter para: O mesmo (a)	Data Exame: 10/06/2019	Hora Exame: 15:00
Local Exame: I.M.L.		Emissão do Laudo: 10/06/2019 15:00:11	

Identificação do Periciando:

Código: 98440	Nome: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE	Nacionalidade: Brasileira	Cor: PARDAS
Dt. Cadastro: 10/06/2019	Endereço: QUADRA 58 CASA 11 A - CONJ. RENASCENÇA II - TERESINA - PI		
Mãe: EURIDES VIEIRA DE ANDRADE	Pai: ANTONIO JOSÉ NICOLAU		
CPF:	RG: 1.652.753-SSP-PI	Registro Nascimento:	
Profissão: DIARISTA	Nascimento: 09/07/1975	Idade (anos): 42	Sexo: F
		Estado Civil: Solteiro(a)	

LAUDO:

P R E Â M B U L O: No dia, hora e local acima referidos, os peritos designados pelo Ilustríssimo Coordenador Estadual do Instituto de Medicina Legal "Gerardo Vasconcelos", IMLGV, André Biondi Ferraz - Perito Médico-Legista - CRM 4466 - PI, nos termos do art. 178 do Código de Processo Penal, para procederem ao Exame de Corpo de Delito descrito acima do periciando também já qualificado. Em face do que viram e observaram passaram a descrever com verdade e com todas as circunstâncias o que encontraram e, bem assim, esclarecerem tudo quanto possa interessar. **H I S T Ó R I C O:** Pericianda orientada auto e alo psiquicamente, relata que foi vítima de acidente de trânsito com motocicleta na qual se encontrava como passageira. **DESCRIÇÃO:** Ausência de corpo de delito visível no corpo da examinada no momento da realização do exame pericial. Exame de corpo de delito indireto (prova documental - exame radiológico - Código de atendimento COT - 280289 - Assinado por Dr. Carlo Augusto Moura Fé - CRM-PI 1341) demonstra que a pericianda sofrera fratura de polo inferior da patela. Como seqüela atual e temporária, a pericianda tem limitação parcial da flexão do joelho afetado. A lesão sofrida incapacitou a pericianda para as ocupações habituais por mais de trinta dias, mas não leva a debilidade membro e nem incapacita ao trabalho. **PARA FINS DE SEGURO DPVAT, COM RELAÇÃO À REPERCUSSÃO NA ÍNTEGRA DO PATRIMÔNIO FÍSICO** (art. 3º, Lei 6194 / 1974 - incluído pela Lei nº 11.945, de 2009), OS DANOS CORPORAIS RESIDUAIS TOTAIS DA PERICIANDA SÃO NULOS (0,0%). **RESPOSTA AOS QUESITOS FORMULADOS:** 1) Houve ofensa à integridade física ou a saúde do examinado? Resp. SIM. 2) Qual o instrumento ou meio que a produziu? Resp.: INSTRUMENTO CONTUNDENTE. 3) Tais lesões poderão ter sido provocadas por acidente de trânsito? Resp.: PODERÃO TER SIDO. 4) Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função? Resp.: RESULTOU EM INCAPACIDADE PARA AS OCUPAÇÕES HABITUAIS POR MAIS DE TRINTA DIAS. 5) Resultará incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou perda ou inutilidade de membro, sentido ou função ou deformidade permanente? Resp.: NÃO. 6) Outros dados julgados úteis? Resp.: SIM, PARA FINS DE SEGURO DPVAT, COM RELAÇÃO À REPERCUSSÃO NA ÍNTEGRA DO PATRIMÔNIO FÍSICO (art. 3º, Lei 6194 / 1974 - incluído pela Lei nº 11.945, de 2009), OS DANOS CORPORAIS RESIDUAIS TOTAIS DA PERICIANDA SÃO NULOS (0,0%). Nada mais havendo, deu-se por findo o presente laudo, que lido e achado conforme, vai devidamente assinado. //

JOSÉ LUIZ CASTELO B. DE SIQUEIRA
Perito Médico-Legista - CRM 1873 - PI

LAUDO DO IML - LEGISLAÇÃO

Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia de Repressão aos Crimes de Trânsito-DRACT
CERTÓRIO
Certifico que a presente cópia confere com
a original. O referido é verdade e dou fé.
Teresina-Pi 24/06/2009
Maria L. N. J.
Escrivã de Polícia Civil
Matricula:

M. L. N. J. - Escrivão
Mat. 086687

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0233180/19

Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

CPF: 875.244.813-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/01/2019

Titular do CPF: FERNANDA VIEIRA DE
ANDRADE LIMA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

Outros



FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA : 875.244.813-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/07/2019
Nome: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA
CPF: 875.244.813-49

FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/07/2019
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

ANDREZA ALVES DA CUNHA

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESAPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Fernanda Vieira de Andrade
Data do Acidente: 19/01/2019 Possível CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 875-244-813-49

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Registro de Ocorrência Policial - ☒ Sim ☒ Não - original ou cópia autenticada
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☒ Laudo de Invalidez do IML - ☒ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☒ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☒ CPF da vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

☒ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☒ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☒ CPF da vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome):

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal
Fernanda Vieira de Andrade CPF do portador: 875-244-813-49
E-mail: Tel: 86 99169809

Data: 28 junho 2019 Assinatura

Fernanda Vieira de Andrade

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto):

Atendente:

Matrícula:

Data:

Assinatura

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0233180/19

Número do Sinistro: 3190421339

Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

CPF: 875.244.813-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/01/2019

Titular do CPF: FERNANDA VIEIRA DE
ANDRADE LIMA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

Outros

Outros



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/08/2019

Nome: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

CPF: 875.244.813-49

FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/08/2019

Nome: Elen Tais Alves Pereira

CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Fernanda Vieira de Andrade
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de Identificação



VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

NÚMERO 1.652.753 DATA 20/03/19

NOME FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE

FILIAÇÃO EURIDES VIEIRA DE ANDRADE
ANTONIO JOSÉ NICOLAU

NACIONALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 09/07/1976

DOC. OUTRO CERT. CASAM. 21362 L 588 F 277V
EXP. TERESINA-PI 08/02/19
875.244.813-49

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83 - DECRETO Nº 89.280/83

MUNICIPIOS RÍO DAS CIDADES

N° 012651705901

2015 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
000020133

000020133

01172192065	2018
-------------	------

1696	1697	1698	1699	1700	1701	1702	1703	1704	1705	1706	1707	1708	1709	1710	1711	1712	1713	1714	1715	1716	1717	1718	1719	1720	1721	1722	1723	1724	1725	1726	1727	1728	1729	1730	1731	1732	1733	1734	1735	1736	1737	1738	1739	1740	1741	1742	1743	1744	1745	1746	1747	1748	1749	1750	1751	1752	1753	1754	1755	1756	1757	1758	1759	1760	1761	1762	1763	1764	1765	1766	1767	1768	1769	1770	1771	1772	1773	1774	1775	1776	1777	1778	1779	1780	1781	1782	1783	1784	1785	1786	1787	1788	1789	1790	1791	1792	1793	1794	1795	1796	1797	1798	1799	1800	1801	1802	1803	1804	1805	1806	1807	1808	1809	1810	1811	1812	1813	1814	1815	1816	1817	1818	1819	1820	1821	1822	1823	1824	1825	1826	1827	1828	1829	1830	1831	1832	1833	1834	1835	1836	1837	1838	1839	1840	1841	1842	1843	1844	1845	1846	1847	1848	1849	1850	1851	1852	1853	1854	1855	1856	1857	1858	1859	1860	1861	1862	1863	1864	1865	1866	1867	1868	1869	1870	1871	1872	1873	1874	1875	1876	1877	1878	1879	1880	1881	1882	1883	1884	1885	1886	1887	1888	1889	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896	1897	1898	1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042	2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051	2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060	2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069	2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078	2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087	2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096	2097	2098	2099	2100	2101	2102	2103	2104</
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	--------

5076

1869

0265

[illegible]

1945年11月1日

[Faint handwritten notes at the bottom of the page]

06313812360
FEB-4559

2002-2003

1997-1998

92210700018003385

COMBUSTIBLE

PAS/MOTONEVA / NINNUMA GASOLINA

MARCA/MODELO _____ PLANO FAB - C ANO MOD -

HONDA/BIZ 1101

CR/POL-CC
CATEGORIA
COMPLETAMENTO

02P/0109CT
PARENT
EDMUNTA

DATE: 11/11/68

VENO/COIN UNICA	1
VENO/COIN	1

--	--	--	--

PARCELAMENTO/COPIAS 2

A	00000000	3
---	----------	---

SELECCION TABULARD (06) - OF 005 - FREQUENCIA TOTAL 661 - DATA DE PAGAMENTO

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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

PBT: 000.26

ALIANÇA FIDUCIARIA

ADMINISTRADORA DE CONTAS NAQ HONDA

1

EXHIBIT _____ Page _____ of _____

20/11/2011

403/44-2

SECRET

12 y 10 mos de edad

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES

DETRAN - PI N.º 012651705901

0120180459791 84651421071

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

20180108-4106459791-07 PI 012651705901 012651705901

1 01142192045

1 01142192045

1 01142192045

SERGIO EDGAS VIEIRA LIMA

RS TERESINA BVL OD-61 00000

ANGELIM PI

06313812360

06313812360

06313812360

06313812360

06313812360

06313812360

06313812360

06313812360

06313812360

06313812360

06313812360

06313812360

06313812360

06313812360

06313812360

06313812360

06313812360

06313812360

06313812360

06313812360

06313812360

06313812360

06313812360

06313812360

06313812360

06313812360

06313812360

06313812360

06313812360

06313812360

06313812360



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 45

Eu, Sérgio Lucas Vieira Lima

RG nº 3.606.265, data de expedição 03/06/11

Órgão _____, portador do CPF nº 063.138.123-60

com domicílio na cidade de Terresina, no Estado de

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

Conquistador Teresina 901 Quadra 63 Casa 08, nº _____

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Fernanda Vieira de Andrade, cujo o condutor era

GECIARA MARIA VIEIRA LIMA

Veículo: BIZ Modelo: 110 I Ano: 2018/2018

Placa: ORP-4559 Chassi: 9C2JC7000KRO03385

Data do Acidente: 19/01/19

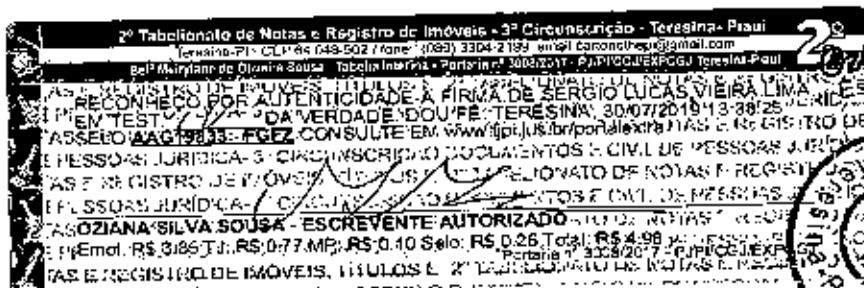
Local e Data: Avenida Nove de Junho Via pública 19/01/19

2º OFÍCIO

Sérgio Lucas Vieira Lima
Assinatura do Declarante

Geciara Maria Vieira Lima
Assinatura do Condutor

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





CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

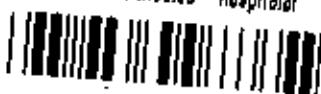
Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

© (0**86) 99991-0176

Documentação médico - hospitalar

Nome:



Fernanda Vieira de Azevedo

PLANTÃO

Atendimento médico

Ateto para os devidos fins que a
24

Paciente supracitada foi vítima de
ocidente de eletrocussão dia 19/01/19 com

fratura de fêmur inferior do lado direito;

Paciente submetida a tratamento cirúrgico
HÓRAS

estando de alto risco de infecção com febre

completa do arco de movimento e perda
Data 20/01/19

de força muscular.

Dr. Celso Antônio Mendes Coimbra
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 3916 RBO: 13135

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada

IMPORTANTE

Se ficar doendo, os dedos frios, pálido ou azulados após confecção de aparelhos gessado, volte imediatamente para o COT - Centro Ortopédico Teresina e procure seu médico ou o de plantão

*Não introduza nenhum objeto no gesso.
Não molhe, não quebre nem corte o gesso.*

Qualquer anormalidade durante o seu tratamento procure o COT - Centro Ortopédico Teresina qualquer hora do dia ou da noite.

Diagnóstico:

Tratamento:

Marcar a consulta:

Voltar dia ____/____/____



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

☎ (0**86) 99833-3055

Nome: _____

***** LAUDO RADIOLOGICO *****

No. Atend: 280289 Data: 19/01/2019

Paciente: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Solicitante: DR CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA

PLANTÃO

Convênio: IAPEP

Exame: 0250-RX JOELHO DIREITO

CONCLUSÃO:

FRATURA DE POLO INFEIOR DE PATELAR
EDEMA DE PARTES MOLES

24

HORAS

Teresina(PI), 23 de Janeiro de 2019

Data ____/____/____

Dr. Carlos Augusto Moura F6

CRM 1341

Radiologista

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

**Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada**

Paciente	FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA	Atendimento	2692385
Data Nasci.	09/07/1976 42 Anos Sexo Feminino	Prontuário	525257
Endereço	QUADRA 20 CASA 13 B - RENASSENÇA III TERESINA PI	Data Entrada	23/01/2019 20:32
Convênio	IAPEP	Data Alta	24/01/2019 02:32
Sector Atend.	Pronto Atendimento - HSM	Unidade	EMERGÊNCIA
	Procedência Residência		

Di Evolucao	Profissional	Tipo evolução
23/01/2019 21:44	LAYANE MACHADO DA SILVA	Anotações de Enfermagem
Administrado medicamento: Dexametasona 4mg/ml Inj. (FA 2,5ml) Dose: 1 FA Via: IV Da prescrição: 2122677 LAYANE MACHADO DA SILVA 23/01/2019 21:10:00		

23/01/2019 21:44	LAYANE MACHADO DA SILVA	Anotações de Enfermagem
Administrado medicamento: Tilatil Inj. FA (20 mg) Dose: 1 FA Via: IV Da prescrição: 2122677 LAYANE MACHADO DA SILVA 23/01/2019 21:10:00		

23/01/2019 21:44	LAYANE MACHADO DA SILVA	Anotações de Enfermagem
Administrado medicamento: Tylex 30mg Cp. Dose: 1 cp Via: VO Da prescrição: 2122677 LAYANE MACHADO DA SILVA 23/01/2019 21:10:00		

Diagnósticos							
Data	CID	Diagnóstico	Classificação		Profissional		
23/01/2019	R509	R50.9 Febre NE	Definitivo		PRISCILA ARAÚJO DA SILVA - 6796		
Medicamentos Administrados							
Medicamentos	Horário	Dose	Via	ACM	SN	Executor	Conselho
Dexametasona 4mg/ml inj. (FA	23/01/19 21:44:17	1	IV			Layane Machado da Silva	
Tilatil inj. FA (20 mg)	23/01/19 21:44:22	1	IV			Layane Machado da Silva	
Tylex 30mg Cp.	23/01/19 21:44:26	1	VO			Layane Machado da Silva	



Pioneira em Radiologia
Ortopédica **DIGITAL**



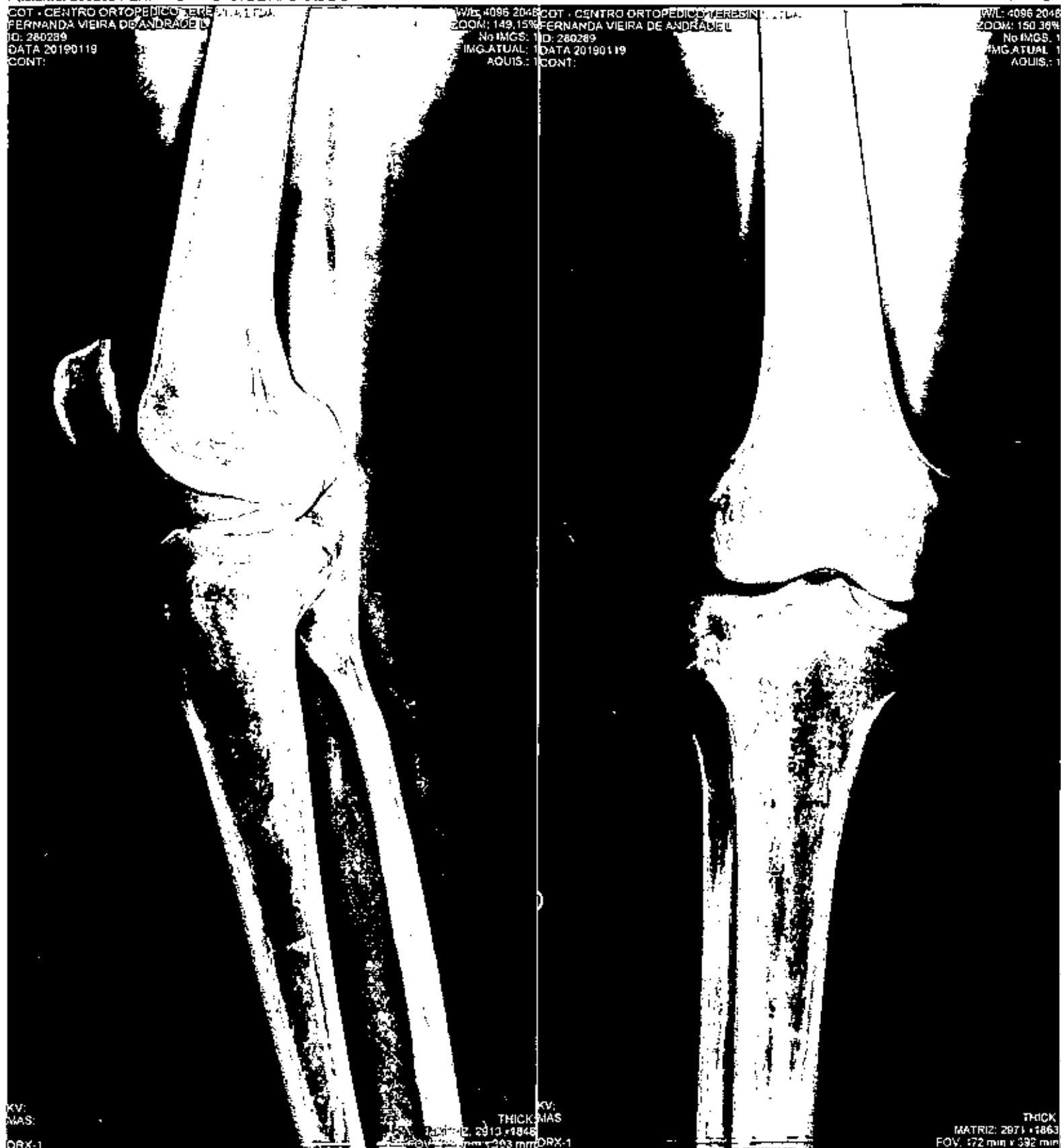
Paciente: 280289 FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE L

COT - CENTRO ORTOPÉDICO TERESINENSE LTDA
FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE L
ID: 280289
DATA 20190119
CONT:

W/L: 4096 2048 COT - CENTRO ORTOPÉDICO TERESINENSE LTDA
ZOOM: 149,15% FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE L
No IMGs: 1 ID: 280289
IMG. ATUAL: 1 DATA 20190119
AQUIS.: 1 CONT:

SERVER

W/L: 4096 2048
ZOOM: 150,38%
No IMGs: 1
IMG. ATUAL: 1
AQUIS.: 1



KV: 70
MAS: 2913 +1846
THICK: 3.03 mm
ORX-1

KV: 70
MAS: 2971 +1863
THICK: 3.03 mm
ORX-1



Paciente	FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA	Atendimento	2692385
Data Nasc.	09/07/1976 42 Anos Sexo: Feminino	Prontuário	525257
Endereço	QUADRA 20 CASA 13 B - RENASCENÇA III TERESINA PI	Data Entrada	23/01/2019 20:32
Convênio	IAPEP	Data Alta	24/01/2019 02:32
Setor Atend.	Pronto Atendimento - HSM	Unidade	EMERGÊNCIA
	Procedência: Residência		

Dt Evolução	Profissional	Tipo evolução
23/01/2019 21:44	LAYANE MACHADO DA SILVA	Anotações de Enfermagem
Administrado medicamento: Dexametasona 4mg/ml Inj. (FA 2,5ml) Dose: 1 FA Via: IV Da prescrição: 2122677 LAYANE MACHADO DA SILVA 23/01/2019 21:10:00		

23/01/2019 21:44	LAYANE MACHADO DA SILVA	Anotações de Enfermagem
Administrado medicamento: Tilatil Inj. FA (20 mg) Dose: 1 FA Via: IV Da prescrição: 2122677 LAYANE MACHADO DA SILVA 23/01/2019 21:10:00		

23/01/2019 21:44	LAYANE MACHADO DA SILVA	Anotações de Enfermagem
Administrado medicamento: Tylex 30mg Cp. Dose: 1 cp Via: VO Da prescrição: 2122677 LAYANE MACHADO DA SILVA 23/01/2019 21:10:00		

Diagnósticos							
Data	CID	Diagnóstico	Classificação	Profissional			
23/01/2019	R509	R50.9 Febre NE	Definitivo	PRISCILA ARAÚJO DA SILVA - 6796			
Medicamentos Administrados							
Medicamentos	Horário	Dose	Via	ACM	SN	Executor	Conselho
Dexametasona 4mg/ml inj. (FA	23/01/19 21:44:17	1	IV			Layane Machado da Silva	
Tilatil inj. FA (20 mg)	23/01/19 21:44:22	1	IV			Layane Machado da Silva	
Tylax 30mg Cp.	23/01/19 21:44:26	1	VO			Layane Machado da Silva	



2692385

Paciente: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA	Atendimento: 2.692.385	Prontuário: 525.257
Nascimento: 09/07/1976 42a 6m 14d	Convênio: IAPEP / ÚNICO	
Data Entrada: 23/01/2019 20:32:49	Liberção: 23/01/2019 21:10:40	Prescrição: 2122677
Médico Resp: Dra. PRISCILA ARAÚJO DA SILVA (CRM 6796)	Data Prescr: 23/01/2019 21:10:00	
Prescritor: PRISCILA ARAÚJO DA SILVA (CRM)	Validade: 23/01/2019 21:10:00 / 24/01/2019 20:59:59	
Guia: 17556947	Matr. Conv.: 47458402	Senha: 17556947
Diretor Técnico Médico:		

Data de Prescrição: 23/01/2019 21:03 23/01 21:09

EVOLUÇÃO MÉDICO PA

Diagnóstico:

Anamnese / Quadro Clínico:

Paciente vítima de acidente há 5 dias, fratura de patela e uso de gesso vem ao Pa com queixa de febre não aferida, relata que febre passa por conta própria e volta há 1 dia nega tosse, nega disúria, nega outros sintomas, nega lesões na pele
HPP: NEGA COMORBIDADES, ALÉRGICA A DIPIRONA
ao exame:

BEG, VIGIL, ORIENTA EIPNEICA

TAX: 37

PA: 120/80 mmHg

cd: sintomáticos + reavaliação

Medicamentos:

Dose / Intervalo / Via

1 Dexametasona 4mg/ml Inj. (FA 2,5ml)

1 Frasco-ampola Agora, 21:10

Separar 2,5 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL
Administrar 12,5 Mililitros (Agora, Intravenosa)

Observação:

2 Tilatil Inj. FA (20 mg)

1 Frasco-ampola Agora, 21:10

Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL
Administrar 12 Mililitros (Agora, Intravenosa)

Observação:

3 Tylex 30mg Cp.

1 Comprimido Agora, 21:10

Observação:

Jessica Patrícia Abreu da Silva
Coren-PI 001.234.258 - TE

Priscila Araújo da Silva
CRM 6796

Priscila Araújo da Silva
CRM 6796

Impresso em 23/01/2019 21:10:43

Página 1

Paciente: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Pronto Atendimento - HSM

PRISCILAA / PRISCILA
EMERGÊNCIA

leito/quarto:



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

☎ (0**86) 99833-3055

Nome: _____

***** LAUDO RADIOLÓGICO *****

No. Atend: 280289 Data: 19/01/2019

Paciente: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Solicitante: DR CELSO ANTONIO MENDES COIMBRA

Convênio: IAPEP

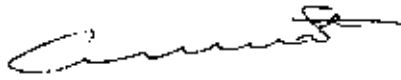
Exame: 0250-RX JOELHO DIREITO

CONCLUSÃO:

FRATURA DE POLO INFEIOR DE PATELAR
EDEMA DE PARTES MOLES

Teresina(PI), 23 de Janeiro de 2019

Data / /


Dr. Carlos Augusto Moura Fé
CRM 1341
Radiologista

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada



2692385

Paciente: **FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA**
Nascimento: 09/07/1976 42a 6m 14d
Data Entrada: 23/01/2019 20:32:49
Médico Resp: **Dra. PRISCILA ARAÚJO DA SILVA (CRM 6796)**
Prescritor: **PRISCILA ARAÚJO DA SILVA (CRM 6796)**
Cód: 17556947
Diretor Técnico Médico: **Priscila Araújo da Silva** Matr. Conv: 47458402

Atendimento: 2.692.385
Convênio: IAPEP / ÚNICO
Liberação: 23/01/2019 21:10:40
Data Prescr: 23/01/2019 21:10:00
Validade: 23/01/2019 21:10:00 / 24/01/2019 20:59:59
Senha: 17556947
Prontuário: 526.267
Prescrição: 2122677

23/01/2019 21:03 23/01 21:09

EVOLUÇÃO MÉDICA PA

Diagnóstico:

Anamnese / Quadro Clínico:

Paciente vítima de acidente há 5 dias, fratura de patela e uso de gesso vem ao Pa com quebra de febre não aferida, relata que febre passa por conta própria e volta há 1 dia nega tosse, nega diárria, nega outros sintomas, nega lesões na pele
HPP: NEGA COMORBIDADES, ALÉRGICA A DIPIRONA
Ao exame:

BEG, VIGIL, ORIENTA EIPNEICA
TAX: 37
PA: 120/80 mmHg
od: sintomáticos + reavaliação

1 Dexametasona 4mg/ml Inj. (FA 2,5ml)

1 Frasco-ampola Agora. 21:10

Separar 2,5 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL
Administrar 12,5 Mililitros (Agora, Intravenosa)

Observação:

2 Tilatil Inj. FA (20 mg)

1 Frasco-ampola Agora. 21:10

Separar 2 Mililitros do medicamento em 10 Mililitros de Água Destilada Estéril Ampola C/ 10 mL
Administrar 12 Mililitros (Agora, Intravenosa)

Observação:

3 Tylex 30mg Cp.

1 Comprimido Agora. 21:10

Observação:

Jessica Patrícia Araujo da Silva
Coren-PI 001.234.158-75

Priscila Araújo da Silva
CRM 6796

Priscila Araújo da Silva
CRM 6796

Impresso em 23/01/2019 21:10:43

Página 1

Paciente: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Pronto Atendimento - HSM

PRISCILAA / PRISCILA
EMERGÊNCIA

Leito/quarto:



Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato

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, Sergio Lucas Vieira Lima

RG nº 3.606.265, data de expedição 03/06/11

Órgão _____, portador do CPF nº 063.138.123-60

com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de

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

Conjunto Teresina SUL Quadra G1 Casa 05, nº _____

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE, cujo o condutor era

GECIARA MARIA VIEIRA LIMA

Veículo: BIZ Modelo: 1.0 I Ano: 2018/2019

Placa: QRP-4659 Chassi: 9C2JC7000KR003385

Data do Acidente: 19/01/19

Local e Data: AVENIDA NOE MENDES VIA PUBLICA 19/01/19

2º OFÍCIO

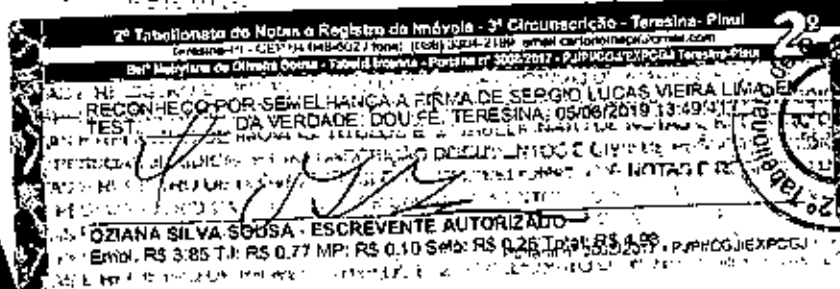
Assinatura do Declarante

Cassiana Maria Vieira Lima

Assinatura do Condutor

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

Veículo:



centro de energia cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040-740/0001-49 | Tel: 301.343-5
Rosa Fidei / Conta de Energia Elétrica - Série D-1
Regime Especial de Imprensa Autorizada pela SEFAZ/PI

Para contato conosco, informe esse NÚMERO:

SEU CÓDIGO

01890414-1

Nº da Nota Fiscal

01890414-1

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

CONSUMO (kWh)

147

TOTAL A PAGAR R\$

148,55

Comprovante de residência



MARÇO/2019

20-03-2019

EURIDES VIEIRA DE ANDRADE
CJ RENASCENÇA II S/N QD 58 CASA 11/A RENASCENÇA II
CPF: 00013039881353

ENDEREÇO: 64.088-550 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	20790	Atual:	1019
Anterior:	20643	Anterior:	11-02-2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	11-04-2019
Consumo Medido:	147	Emissão:	12-03-2019
Consumo Retornado:	147	Apresentação:	13-03-2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Classe de Irregularidade:	30
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto
		Código Pat.	Méda 17 meses
			128

RESIDENCIAL MONO A1016107 DESCRIÇÃO DA CONTA: 1.1.1

Mês/ano consumo	CONSUMO	147 A R\$ 0,868147 =	127,61
FEV/19	156	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	11,00
JAN/19	167	CORRECAO MONETARIA IG 02/19-00	0,81
DEZ/18	135	MULTA POR ATRASO (2X)	7,31
NOV/18	179	JUROS POR ATRASO (2X)	2,62
OUT/18	165		
SET/18	172		
AGO/18	145		
JUL/18	131		
JUN/18	160		
MAI/18	121		

TARIFA DE TRATAMENTO
G A 147 - 0,52,150

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 12-03-2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO				IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$			
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				AVERBAÇÃO - R\$			
3A36.ADD0.04A4.1923				AVERBAÇÃO: 1420 EA79.060E			
Base de Cálculo:							
Distribuidor:				Atiqueta ICMS:			
Energia: 26,46				Valor do ICMS: 127,61 99,54			
Transmissão: 51,12				Valor do IPTU: 22,06% 28,07			
Encargos: 8,65				Valor do CONTRIBUIÇÃO: 1,40			
Tributos: 5,45							
INDICADORES DE CONTINUIDADE							
Manual		Trimestral		Anual		Manual	
Letra		Realizado		Composto			



Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	2675	19/11/19	2899	09:30	9:37
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
	9:47	10:07			
	10 Endereço	Av. Nor. Meneses			
Dados do Paciente	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE		
	Renascer III	THE-PI			
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência	12PA			
	14 Nome	Fumonda Vieira de Andrade		15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado
Acidente de Transporte	16 Idade	36 - ☒ 1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano 9 - Ignorado		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	18 Tipo de ocorrência	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado			
Exame Físico	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	☒ Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança	
Hospital de Destino	23 Glasgow	RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	24 Sinais Vitais
	15	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum	Pulso 83 Resp. 23 PA 140x80 TAX. SatO2 94%
Assistência	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Dor	30 Fratura
	1 - Iguais 2 - Desiguais	Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Sim 2 - Não	1 - Sim 2 - Não	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito
Observações Interdisciplinar	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)	32 Hospital de Destino			
	☒ Aspiração ☒ Oxigênio ☒ Curativos ☐ Prancha longa/curta ☐ Colar cervical ☐ Kred ☐ Imobilização de extremidades ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Assistência obstétrica	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorado 3 - Inalterado 34 Óbito 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito			

Responsável pela recepção

Socorristas
Médico
AE/TE

Enfermeiro
Condutor



Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	2675	19/11/19	28819	09:30	09:37
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
	9:47	10:07			
Dados do Paciente	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	Av. Naí Mendes	Renanina III	THE-P1		
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência	14 Nome	15 Sexo	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?
	Em frente a Panificadora	Gumara da Uira Lima	2	26	2 Não
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança
	01 - Acidente de transporte	1 - Pedestre	1 - A pé	1 - Automóvel	Capacete ☐ Airbag ☐
Exame Físico	23 Glasgow = 15	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão		
	ABERTURA OCULAR	Pulso			
Assistência	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Dor	30 Fratura
	1 - Iguais	1 - Cheio	1 - Sim	1 - Sim	1 - Sim
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	
	Aspiração	11 TOT	1 Melhorado	2 Não	
Observações Interdisciplinares	35 Responsável pela recepção	36 Socorristas	37 Enfermeiro	38 Condutor	



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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **875-244-813-49** Nome completo da vítima: **Fernanda Vieira de Andrade**

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

Nome completo: **Fernanda Vieira de Andrade** CPF: **875-244-813-49**

Profissão: **Diarista** Endereço: **Q-58 C11** Número: **58** Complemento: **Q-58 C11 P**

Bairro: **Reina Azenha Tr** Cidade: **Teresina** Estado: **PI** CEP: **64083-010**

E-mail: _____ Tel. (DDD): **86 99169809**

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0029** CONTA: **013 67804 0** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 elevação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não

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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e data, **Teresina**
Nome: **Fernanda Vieira de Andrade**
CPF: **1.652 753. - 875-244-813-49**

(*) Assinatura de quem assina a RGO

Fernanda Vieira de Andrade

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA

PAG: 001

AG: 0029 CONSELHEIRO SARAIVA
PERIODO: 07062019 ATE: 27062019
NOME: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADOPER: 013 CONTA: 67.804-0
CPF: 875.244.813-49
VLR.BLQ.JUD. : 0,00

DATA MOV	NR.DOC	HISTORICO	T A X A	V A L O R	S A L D O
13/06/2019	000000	REM BASICA	0,00000000	0,00 C	5,87 C
13/06/2019	000000	CRED JUROS	0,00371500	0,02 C	5,89 C

SALDO EM 26/06/2019			R\$	5,89	C
F1 AJUDA	F4 SALDO POR DATA LIMITE	F7 VOLTAR	PAG.	TW4B51C	
F3 RETORNAR	F6 EXTRATO ANTERIOR	F8 AVANCAR	PAG.	F12 FINALIZAR	



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

IN



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002174/2019-93

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almirante Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 07/06/2019 - 15:00

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. NOE MENDES, Nº:

Complemento

09

Data/Hora

19/01/2019 - 09:00

RECEBIDO

03 JUL 2019

Seguradora Lider DPVAT

Bairro

RENASCENÇA I

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE

RG: 1662753

Mãe: EURIDES VIEIRA DE ANDRADE

Endereço: QUADRA 58, CASA 11, Nº

Bairro: RENASCENÇA II

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9916-9809

Tipo Envolv.: VITIM/VNoticiante

Boletim de ocorrência



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE ERA PASSAGEIRA DA MOTO HONDA/BIZ 110, ANO 2018/2019, PLACA QRP-4559, PROPRIETÁRIO SÉRGIO LUCAS VIEIRA LIMA, CONDUTOR GECIARA MARIA VIEIRA LIMA, RELATA A VITIMA QUE TRAFEGAVA NA CIDADA AVENIDA, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO INVADIU O SINAL VERMELHO E COLIDIU COM A MOTO DA VITIMA, LESIONADA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, ENCAMINHADA PARA A CLINICA CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Cláudia Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

Fernanda V. de Andrade
FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL JUDICIÁRIA
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO-DROCT



REQUISIÇÃO DE EXAME DE LESÃO CORPORAL

Senhor Diretor,

Requisito de V. S^a que proceda a Exame de Corpo de Delito (Lesão Corporal Culposa)

na pessoa de Fernando Vieira Jr. Machado
naturalidade Tere-PI profissão _____
Data de Nasc. 09.07.76 estado civil _____
Endereço Qd-SP, Cs-11A, Pensão- II

Filiação Eunides Vieira de Andrade
Av. J. J. Nicolau
R.G.: 1.652.753-PI CPF. 878.244.873-49

OBS: Cópias do Prontuário Médico, Boletim de Ocorrência e documento de identificação.

Na oportunidade, formulo os seguintes quesitos:

- 1 - Houve ofensa à integridade física ou à saúde do paciente?
- 2 - Qual o instrumento ou meio que a produziu?
- 3 - Tais lesões poderão ter sido provocadas por acidente de trânsito?
- 4 - Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função?
- 5 - Resultará incapacidade permanente para o trabalho, ou deformidade incurável, ou perda ou inutilidade de membro, sentido ou função ou deformidade permanente?
- 6 - Há outros dados julgados úteis a fornecer?

Teresina (PI), _____ de _____ de _____

Atenciosamente


Erika Mourão Melo de Aguiar
Delegada de Polícia Civil
at.: 130076-6

Ao
Ilustríssimo Senhor
Coordenador do Instituto Médico Legal
Nesta.

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190421339

Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Data do Acidente: 19/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190421339

Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Data do Acidente: 19/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 10/06/2019, emitida pelo Dr. JOSÉ LUIZ CASTELO B. DE SIQUEIRA, CRM nº 1873 - PI, da Instituição INSTITUTO MÉDICO-LEGAL, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190421339

Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Data do Acidente: 19/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000067804-0

Nr. da Autenticação 5018170DCBBE396A

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0340871/19

Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

CPF: 875.244.813-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/01/2019

Titular do CPF: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

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

FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA : 875.244.813-49

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: 02/10/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

RG: 1.652.753

ORG. EMISSOR: SSP/PI

D. EXPEDIÇÃO:20/03/2019

CPF: 875.244.813-49

ESTADO CIVIL: SOLTEIRA

PROFISSÃO: AUTONOMA

ENDERECO:COM RENASCENCA II QD-058 C-11A

Nº: 1

COMPLEMENTO: CASA

BAIRRO: RENASCENCA

CIDADE:TERESINA

ESTADO:PIAUI

CEP:64085-550 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

ENDERECO: 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 MANDATOS, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA :

Fernanda Vilas De Andrade

Data do acidente de trânsito : 29/05/2019

Cobertura da vitima : Imeslaly

LOCAL / DATA: 03/09/2019.

6º OFÍCIO

Fernanda Vieira de Andrade

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

1. NOME: JOSE ANTONIO DOS SANTOS - BECERRA NOME DO AUTOR
 2. ENDEREÇO: BR 100 - km 17 - JARDIM DAS PALMEIRAS - JACAREZINHO - SP
 3. CIDADE: JOÃO PESSOA - PB
 4. ESTADO: PB
 5. CEP: 58001-602
 6. DATA DE EMISSÃO: 09/03/95
 7. DATA DE RECEBIMENTO: 09/03/95
 8. VALOR: R\$ 100,00
 9. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 10. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 11. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 12. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 13. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 14. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 15. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 16. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 17. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 18. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 19. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 20. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 21. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 22. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 23. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 24. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 25. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 26. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 27. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 28. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 29. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 30. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 31. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 32. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 33. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 34. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 35. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 36. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 37. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 38. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 39. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 40. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 41. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 42. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 43. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 44. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 45. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 46. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 47. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 48. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 49. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 50. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 51. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 52. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 53. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 54. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 55. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 56. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 57. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 58. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 59. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 60. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 61. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 62. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 63. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 64. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 65. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 66. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 67. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 68. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 69. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 70. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 71. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 72. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 73. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 74. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 75. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 76. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 77. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 78. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 79. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 80. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 81. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 82. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 83. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 84. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 85. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 86. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 87. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 88. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 89. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 90. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 91. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 92. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 93. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 94. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 95. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 96. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 97. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 98. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 99. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100
 100. VALOR EM LETRAS: cem reais e 00/100

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190562618 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE **Data do acidente:** 19/01/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS
LIMA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR PG. 2.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190562618 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE **Data do acidente:** 19/01/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE
LIMA SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR PG. 2.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0340871/19

Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

CPF: 875.244.813-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/01/2019

Titular do CPF: FERNANDA VIEIRA DE
ANDRADE LIMA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

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

FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA : 875.244.813-49

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: 02/10/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0476263

Nelle Roze Soares Marques
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTONIO SOARES JUCUNDE

DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

CRATEUS-CE
DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 529 L 61/E 143
EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI

840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO N° 89.250/83

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0340871/19

Vítima: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA

CPF: 875.244.813-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/01/2019

Titular do CPF: FERNANDA VIEIRA DE
ANDRADE LIMA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

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

FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA : 875.244.813-49

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: 02/10/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2019
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa

Paciente: FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE LIMA
End. Q 20 CASA 03 Bairro RENASCENÇA III Cid. TERESINA UF PI CEP 64000000 Fone 869 9547 1968 Ident.: Fone 1652753

Data: 19/01/2019 10:19 DR CELSO ANTONIO MENDES C * URGÊNCIA IAPER
No. atend. 280289 URGENCIA

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM DORES EM JOELHO D
RX DE JOELHO D AP-P
FRATURA DE POLO INFERIOR DE PATELAR
GESSO TUBO





CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - Fone: (0**86) 3230-7900

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

(0**86) 99991-0176

Nome:

Fernanda Vieira de Azevedo

Atestado médico

Atesto para os devidos fins que a
Paciente supracitada foi vítima de
ocidente de eletrocussão dia 19/01/19 com
fratura do fêmur inferior do membro direito;
Paciente submetida a tratamento conservador
estando de alta ambulatorial com curativo
completo do arco de espessamento e perda
Data 20/05/19 livre da força muscular.

Dr. Gelson de Almeida Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 39187-05/1313F

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Voltando a consulta, traga esta receita e exames Complementares
Esta receita não deve ser trocada



Pioneira em Radiologia
Ortopédica **DIGITAL**



Paciente: 280289 FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE L

SERVER

CENTRO ORTOPÉDICO DE TERESINA
FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE L
280289
DATA 20190119
IMG ATUAL

WV: 4096 2048
ZOOM: 149 151
No IMGS: 10
IMG ATUAL: 1
AQUIS: 1
CONT

WV: 4096 2048
ZOOM: 150 36%
No IMGS: 1
IMG ATUAL: 1
AQUIS: 1



THICK: 2.5mm
MATRIX: 2971 x 1863
FOV: 172 mm x 392 mm

THICK: 2.5mm
MATRIX: 2971 x 1863
FOV: 172 mm x 392 mm

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Fernanda Vieira de Andrade

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	1.652.753	DATA DE EXPEDIÇÃO	20/03/19
NOME	FERNANDA VIEIRA DE ANDRADE		
FILIAÇÃO	EURIDES VIEIRA DE ANDRADE ANTONIO JOSÉ NICOLAU		
NATURALIDADE	TERESINA-PI	DATA DE NASCIMENTO	09/07/1976
DOC. ORIGEM	CERT.CASAM. 21362 L 58B F 277V		
EXP	TERESINA-PI 08/02/19		
CPF	875.244.813-49		

Assinatura de: Chegas Pinheiro Medeiros

LEI N° 7.116 DE 29/08/83 DECRETO N° 89.250/83