

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

Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200171729

Vítima: MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO

Data do Acidente: 25/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO

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

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

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200171729**

Vítima: MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO

Data do Acidente: 25/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO

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 dos ombros

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: MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000029

Conta: 0000057549-6

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2- Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

038.871.613-43 maria De Fátima De Souza machado

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

5 - Nome completo:

maria De Fátima De Souza machado 6 - CPF:

038.871.613-43

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

Aux. de Confidencial

R. ver Sôllo nascimento

5781

esq

11 - Bairro:

Parque Pety

12 - Cidade:

Teresina

PI

13 - Estado:

14 - CEP:

64000-000

15 - E-mail:

eduanseguesso@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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0029

CONTA: 57549 6

(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 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 as 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):

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

28 - Vítima Sim Não teve filhos?

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (val/nascer):

Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou Sim pais/avós vivos? Não

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

34

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

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

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

40 - Local e Data,

Teresina - PI 08/05/2020
maria De Fátima De Souza machado

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 100203.000165/2020-18

Unidade Policial: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Elisberto Ferreira Dos Santos

Delegado: ERIKA MOURÃO MELO DE AGUIAR

Data/Hora: 05/05/2020 - 17:15

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO 587467 Data/Hora: 25/01/2020 - 07:50

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

BR 343, N°:

Complemento

AVENIDA

Bairro

DIRCEU ARCOVERDE I

Ponto de Referência

PROX. AO TERMINAL ITARARE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante
RG: 2.087.137 SSPPI PI
Mãe: HELENA MARIA DE SOUSA MACHADO
Pai: RAIMUNDO MENDES MACHADO
Endereço: RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO, N° 5781
Complemento: CASA
Bairro: RENASCENÇA I
Cidade: TERESINA - CEP: 64000-000
Telefone(s): 86-8863-1223 86-8872-0223

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - HONDA	BIZ 125 ES	2012	OED2653	9C2JC4820CR330502	00482184035	
Condutor: ROSILDA BARBARA DE SOUSA MACHADO						
RG: 2.228.514 Órgão: SSPPI UF RG: PI						
End: RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO Número: 5781 Complemento: CASA						
Cidade: TERESINA UF: PI Bairro: RENASCENÇA I						
Proprietário: VITORIA BARBARA DE SOUSA CARVALHO						
End: RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO Número: 5781						
Cidade: TERESINA UF: PI Bairro: RENASCENÇA I						

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE/VITIMA RELATA QUE VINHA COMO PASSAGEIRA NA MOTOCICLETA HONDA/BIZ 125 ES PLACA-OED 2653 RENAVAN-00482184035 DE PROPRIEDADE VITORIA BARBARA DE SOUSA CARVALHO CPF:074.288.723-59, QUE AO PASSAR PELO SINAL DO TERMINAL ITARARÉ, VEIO UM CARRO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA INVADIU A PREFERENCIAL VINDO A CAIR E FRATURANDO A CLAVÍCULA, SENDO SOCORRIDA PELA AMBULÂNCIA DO SAMU E ENCAMINHADO AO HUT, HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA, PRONTUÁRIO N°535699, INFORMAÇÃO É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DA NOTICIANTE/VITIMA.

Maria de Fátima Sousa Machado
MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegacia Virtual - WEB

Letícia Kelli Leal Paraíba
Delegada Geral da Polícia Civil-PI
Matr.: 194.301-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2- Nº do sinistro ou ASL:

3- CPF da vítima:

038.871.613-43

4- Nome completo da vítima:

maria De Fátima De Souza machado

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

5- Nome completo:

maria De Fátima De Souza machado

6- CPF:

038.871.613-43

7- Profissão:

Aux. de Enfermagem

8- Endereço:

R. ver Soulo nasc mento

9- Número:

5781

10- Complemento:

loane

11- Bairro:

Parque Pety

12- Cidade:

Teresina

13- Estado:

PI

14- CEP:

64000-000

15- E-mail:

eduanseguros20@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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

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

21- DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0029

CONTA: 57549 6

(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 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 Sim
treve filhos? Não

29- Se tinha filhos, informar
Vivos: Falecidos:

30- Vítima deixou
nascituro (váinaser)? 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 áqueles 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

empréstimo
deve ser
realizado
no momento
da assinatura

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

40- Local e Data:

Teresina- PI 08/05/2020

maria de Fátima De Souza machado

38- 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39- 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha



Dados do Chamado	01 Nº do chamado 3557	02 Data do chamado 25/01/20	03 PRO (código) 2905	04 Saída do PA 7:50	05 Chegada ao local 8:16
Local da Ocorrência	06 Saída do local 8:15	07 Chegada ao 1º hospital 8:30	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Dados do Paciente	10 Endereço BR 313	11 Bairro Druce 1	12 Município-UF Código IBGE		
	13 Ponto de referência	tipe			
Dados do Paciente	14 Nome Maria de Fátima de Souza Machado	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado			
	16 Idade 44a	1-Dia 2-Mês 3-Anos 4-Ignorado	Se é idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 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	01
Acidente de Transporte	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 4 - Ignorado	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 Cinto de segurança Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras Inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	24 Sinais Vitais Pulso 68 Resp. PA 120/80 TAX. Sat02 98	25 Local da lesão
	26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Leve 3 Moderada 7 Intensa Sem Dor		
	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada	2 - Não 3 - Suspeito <input checked="" type="checkbox"/>		
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Curativos <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Kred	<input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	<input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Medicamentos a) Confere com o Original b) c)	Dina Vieira e Silva	
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino H. U. T	<input type="checkbox"/> Não Removido			
	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Plorando 3-Inalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	1-Sim 2-Não		
Observações Interdisciplinar	<p>Paciente motociclista, sendo a passageira agressiva com escoriações + suspeita de fratura em ombro e. Consciente orientada.</p>				

01

Responsável pela recepção

Socorristas
Médico
AE/TE

Conceito

Enfermeiro

Condutor

Edvaldo

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: 18/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 00000057549-6

Nr. da Autenticação E357FFB15ABF837D



PARA CONTATO
comercio, informe
esse NÚMERO!

SEU CÓDIGO
0544258-3

EQUATORIAL PIAUÍ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rod. João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.640.748/0001-64 INSC. Cadastral: 19.201.383-8
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B
Região especial de impressão autorizada pelo SEFAZ/06/95

CONTA MÊS
MARÇO/2020

VENCIMENTO
19-03-2020

Nº da Nota Fiscal 035500117

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 20 de abril de 2002.

CONSUMO (kWh) 193 TOTAL A PAGAR (R\$) 183,66

HELENA MARIA DE SOUSA MACHADO
R. VER SAJIL NASCIMENTO 5781 5781 PARQUE POTI
CPF: 0004776072168
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 9.001.75.21.318500

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	9412	12/03/2020	
Anterior:	9219	12-02-2020	
Constante de Multiplicação:	1.000	Atégor:	13-04-2020
Consumo Médio:	193	Próxima Leitura:	11-03-2020
Consumo Faturado:	193	Emissão:	12-03-2020
Forma de Faturamento: NORMAL	Código de Irregularidade:	Apresentação:	29
		Dias de Consumo:	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1825177		1.1.1.1	211

HISTÓRICO kWh	DESCRIPÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	CONSUMO 193 A R\$ 0,824949 = 159,21
FEV/20 227	CONTR. ILUMINACAO PUE. (COSIP) 14,25
JAN/20 218	CORRECAO MONETARIA DA 01/20-00 0,31
DEZ/19 213	CORRECAO MONETARIA IG 01/20-00 3,69
NOV/19 219	MULTA POR ATRASO DE 1 01/20-00 0,32
OUT/19 283	JUROS DE MORA ATRASO 01/20-00 0,15
SET/19 211	MULTA POR ATRASO 01/20-00 3,91
AGO/19 218	JUROS POR ATRASO 01/20-00 1,82
JUL/19 219	
JUN/19 201	
MAI/19 230	
TARIFA SOM TRIBUTOS: R\$ 193 - 0,824949	

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 27-03-2020. O não pagamento não deve ensejar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

Nota conta emitida pelos Sistemas de Contabilidade da Equatorial Energia nas datas 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, conforme o período de cobrança da respectiva conta de abastecimento.

RESERVADO AO FISCO 5876.FD69.QBF3.EDAF.1488.AC82.1384.F27D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 34,75	Base de Cálculo: 159,21
Energia: 67,12	Alíquota ICMS: 22,00%
Transmissão: 11,35	Valor do ICMS: 35,02
Encargos: 5,55	Valor do PIS: 0,78%
Tributos: 40,44	Valor do COFINS: 0,96

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DNC			EFC			DNC		DNC	
	Mensal	Bimestral	Anual	Mensal	Bimestral	Anual	Mensal	Mensal	Mensal	Mensal
Último	5,55	11,10	22,21	3,23	6,47	12,95	2,20	2,20	2,20	2,20

NOME / ENDERECO MORADOR NELLE ROZE SOARES MARQUES					
RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO, 544 - CENTRO - TERESINA - PI - cep: 64018650					
LOCALIZAÇÃO 001-00041-005250			GRUPO	NÚMERO DO HIDRÔMETRO A10X133657	
HISTÓRICO DE CONSUMO MÊS / ANO		TIPO	UDI	FATURADO	ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA 1. Comercial - Normal
04/2020		Média	88	10	
03/2020		Liso	81	10	
02/2020		Liso	81	10	
01/2020		Mínimo	88	10	
12/2019		Liso	82	10	
11/2019		Liso	81	10	
DATA ANTERIOR		LEITURA	CONSUMO MÊS M3		LEI 12.741/2012
01/04/2020		183	10		PIS/PASEP 113,25*1,65% = 1,86
ATUAL		04/05/2020	184		CORR 113,25*7,50% = 8,48
TABELA DE TARIFAS					
RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$ / M3 E [R]		DESCRICAÇÃO VALOR REFERENTE ÁGUA - 62,92 > Comercial-Normal 10,0 m3 62,92 VALOR DE ESGOTO - 50,33 > Comercial-Normal 10,0 m3 50,33			
NÃO RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$ / M3 E [R]					
10 25 9.2872 80					
25 999999 11.1258 80					
		VENCIMENTO:	16/05/2020		TOTAL A PAGAR 113,25

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

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

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais nº. 11.445/2007, Art. 4º, inciso V e nº. 8.987/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (IPRC N° 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XXI)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LÍQUIDO	1540	1537	3	1,43	0,2-5,0 mg/L
COR APARENTE	2129	2101	28	4,06	Inferior a 15
pH	1744	1682	62	6,51	6,00-9,50
TURBIDEZ	2132	2099	33	1,73	Inferior a 5
COLIFORMES TOTAIS					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (IPRC N° 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCHERICHIA COLI	655	655	0	Ausente	Ausente
	655	655	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 04/05/2020 HORA DA EMISSÃO: 08:20

1.47.417 20200504002001

ÁGUAS DE
TERESINA

MATRÍCULA 13302825-9	FATURA Nº 151411356
	MÊS / ANO 5/2020

VENCIMENTO 16/05/2020 VALOR A PAGAR 113,25



Declaração de Quitação Anual de Débitos

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 numero 445/12, disponivel 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 COAF²**.

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

²Conselho 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Rose Seanez Menques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173-91,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria de Fátima de Souza inscrito
(a) no CPF sob o Nº 038.871.613-43, do sinistro de DPVAT cobertura IPVA da Vítima
Maria de Fátima de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.871.613-43, 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
Email				Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
					<u>(86) 99534-6565</u>	

Teresina, 08 de maio de 2020
Local e Data

* Nelle Rose Seanez Menques.
Assinatura do Declarante



NOME DO PACIENTE: MARIA DE FÁTIMA DE SOUSA MACHADO
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 535699

DN
Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

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

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Nada

Neurologia OK
Ortopédica OK
G. G. D. OK

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

Data: 25/01/2020 08:12:37

(User: EDUARDO SALMITO)

(Estação: CONSULPA03)

Nome: MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO		Prontuário: 535699
Mãe: HELENA MARIA SOUZA MACHADO	Pai: RAIMUNDO MENDES MACHADO	
End. Resid.: RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO N°5781 - PARQUE POTY - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 06/04/1975	Idade: 44a9m19d	Sexo: Feminino Fone: 86-99586-5233
Responsável: IRMÃ-MARLENE SOUSA		CNS:
Profissão: SERVIÇOS GERAIS		Documento: CPF: 038.871.613-43
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 763517	Entrada: 25/01/2020 08:27:47	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEDAS	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, FAZIA USO DE CAPACETE, COM ESCORIAÇÕES LEVES EM MBD E OMBRO ESQUERDO, QUEIXA DE DOR NO TORAX E OMBRO ESQUERDO.		THAMYRES VIEIRA DA SILVA COREN #22727 Em: 25/01/2020 09:34:31

SSVV:	(Hora: ____ : ____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	P脉: bmp	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO HÁ 1H, FAZIA USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, EPISTAXE, OTORRAGIA.
A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS, CERVICAL ESTÁVEL E INDOLOR À PALPAÇÃO;
B: BOA EXPANSIBILIDADE TORÁCICA, MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS;
C: SEM GRANDES SANGRAMENTOS, PULSO PERIFÉRICO CHEIO, BNF EM 2T, S/ SOPROS, PELVE ESTÁVEL, ABDOME FLÁCIDO, DEPRESSÍVEL, INDOLOR À PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL E SEM MASSAS OU VISCIROMEGALIAS;
D: PUPTILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, GLASGOW 4+5+6, SEM SINAIS DE ALERTA NO LOCAL DO ACIDENTE, SEM SINAIS DE LATERALITAÇÃO OU ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE;
E: ESCORIAÇÕES EM OMBRO ESQUERDO E MÃO DIREITA. NÃO CONSEGUE MOBILIZAR BRAÇO ESQUERDO. DOR EM OMBRO.

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

Exames Complementares: (1421122) - T.C. DE COLUNA CERVICAL (1421132) - OMBRO ESQUERDO (1421143) - CLAVICULA ESQUERDA	<i>Dina Vieira e Silva</i> SAME - HUT Confere com o Original	TOMOGRAFIA REALIZADA DATA: 25/01/2020 HORA: 09:25 CRM: 15308 EXAME: C-CEVICO AL TECNÓLOGO: <i>[Assinatura]</i>
--	--	---

Prescrição Médica:	RAIO-X REALIZADO 1) Dígitos - Ima ^{ta} , Ev ^{aga} DATA: 25/01/2020 HORA: 09:57 CRM: 15308 2) Tíbitil - Ima ^{ta} , Ev ^{aga} TECNICO: <i>Virginia Portela</i> MÉDICA	RAIO-X REALIZADO DATA: 25/01/2020 HORA: 09:57 CRM: 15308 TECNICO: <i>Virginia Portela</i>
---------------------------	--	--

Motivo da Alta/Encerramento:	DATA: / /	HORA: : :
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Observação (Adulto):	Virginia Portela MÉDICA CRM-PI-6306
Assinatura Paciente ou Responsável:	RAIO-X REALIZADO DATA: 25/01/2020 HORA: 10:06 CRM: 15308 TECNICO: <i>Virginia Portela</i>

EDUARDO SALMITO SOARES
6339 PI Em: 25/01/2020 08:42:36

Neurocirurgia

Queda de moto.

Glasgow 15. Vdo de colar cervical.

TC de Coluna cervical = sem fraturas ou listes

Co: Sem condite neurocirúrgica
alta de NLR
anidados clínicos
Retrar colar cervical

Dr. Emílio Botelho de Oliveira
Médico Cirurgião
CRM-PI: 10883/EST/01
RG: 3144

IV: Rx de Mdh

Tru en ossos
e fraturas

Co: Nao ha em
se fratura

CRM-MMA: 10.468
CRM-PI: 10883/EST/01
Nelson Antônio Melo de Moura
Ortopedista

Exame com

contrato

C Gued

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

25/01/2020 às 10:40h

#cunha geral

pt. 01 de queda de moto

Rx: Rx: rotina de tórax costal.

Co: 1) analgesia

2) alte de cunha geral

3) t

Virginia Portela
MÉDICA
CRM-PI 6306

M. Gil Kelder



Dados do Chamado	01 Nº do chamado 3557	02 Data do chamado 25/01/20	03 PRO (código) 2905	04 Saída do PA 7:50	05 Chegada ao local 8:16
Local da Ocorrência	06 Saída do local 8:15	07 Chegada ao 1º hospital 8:30	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Dados do Paciente	10 Endereço BR. 343	11 Bairro Bairros 1	12 Município-UF Teresina	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome Maria de Fátima de Souza Machado	15 Sexo Masculino	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
	16 Idade 44a	17 Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica?	1- Sim 2- Não 9- Ignorado	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 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	01
Acidente de Transporte	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 4 - Ignorado	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 Capacetes Airbag Cinto de segurança Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 5- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	24 Sinais Vitais Pulso 68 Resp. 12x0 PA 120/80 TAX 98 Sat02 98	25 Local da lesão
	26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	29	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Leve 3 - Moderada 7 - Intensa 10		
	27 P脉 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito			
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Prancha longa/curta Oxigênio Colar cervical Curativos Kred	Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) Confere com o Original b) c)	Dina Vieira e Silva	
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino H. U. T			Não Removido	
	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Nalterado	34 Óbito 1-Sim 2-Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte			
Observações Interdisciplinar	<p>Paciente motociclista, sendo a passageira apresentando escoriações + suspeita de fratura em ombro e. Consciente orientado.</p>				
	04	Socorristas Médico AE/TE	Enfermeiro Condutor		
	Responsável pela recepção	Conceito		Edvaldo	



LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO** (Prontuário: 535699)
Endereço: RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO Nº5781 - PARQUE POTY - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 06/04/1975 Idade: 44a9m19d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 763517
Requisição: 1052665 Solicitação: 25/01/2020 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
Controle: 1421122 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 25/01/2020

T.C. DE COLUNA CERVICAL

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICais BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS INTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL VERTEBRAL COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

OBS.: FRATURA NA DIÁFISE CLAVICULAR ESQUERDA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 25/01/2020

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

MARCELO COELHO AVELINO
CPF: 552.218.663-15 2443 CRM
Profissional Responsável



LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO** (Prontuário: **535699**)
 Endereço: **RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO Nº5781 - PARQUE POTY - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: **06/04/1975** Idade: **44a9m22d** Sexo: **Feminino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **763517**
 Requisição: **1052667** Solicitação: **25/01/2020** Solicitante: **EDUARDO SALMITO SOARES**
 Controle: **1421132** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 25/01/2020

OMBRO ESQUERDO

O estudo radiológico do ombro esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/01/2020

Dina Vieira e Silva
 SAME - HUT
 Confere com o Original

VERA LUCIA RIOS ARAUJO
 CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
 Profissional Responsável


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO** (Prontuário: **535699**)
 Endereço: **RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO Nº5781 - PARQUE POTY - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: **06/04/1975** Idade: **44a9m22d** Sexo: **Feminino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **763517**
 Requisição: **1052667** Solicitação: **25/01/2020** Solicitante: **EDUARDO SALMITO SOARES**
 Controle: **1421132** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 25/01/2020

OMBRO ESQUERDO

O estudo radiológico do ombro esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/01/2020

Dina Vieira e Silva
 SAME - HUT
 Confere com o Original

VERA LUCIA RIOS ARAUJO
 CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
 Profissional Responsável


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO** (Prontuário: **535699**)
 Endereço: **RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO Nº5781 - PARQUE POTY - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: **06/04/1975** Idade: **44a9m22d** Sexo: **Feminino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **763517**
 Requisição: **1052671** Solicitação: **25/01/2020** Solicitante: **EDUARDO SALMITO SOARES**
 Controle: **1421143** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040060

Data Exame: 25/01/2020

CLAVICULA ESQUERDA

O estudo radiológico do clavícula esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil. os seguintes aspectos foram observados:

- Estrutura óssea conservada
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/01/2020

Dina Vieira e Silva
 SAME - HUT
 Confere com o Original

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

 CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
 Profissional Responsável



LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO** (Prontuário: **535699**)
 Endereço: **RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO N°5781 - PARQUE POTY - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: **06/04/1975** Idade: **44a9m22d** Sexo: **Feminino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **763517**
 Requisição: **1052706** Solicitação: **25/01/2020** Solicitante: **WILANILDO LIMA COSTA**
 Controle: **1424078** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 25/01/2020

OMBRO ESQUERDO

O estudo radiológico do ombro esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/01/2020

Dina Vieira e Silveira
 SAME - HUT
 Confere com o Original

VERA LUCIA RIOS ARAUJO
 CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
 Profissional Responsável


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO** (Prontuário: 535699)
 Endereço: **RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO Nº5781 - PARQUE POTY - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: 06/04/1975 Idade: 44a9m22d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 763517
 Requisição: 1052717 Solicitação: 25/01/2020 Solicitante: WILANILDO LIMA COSTA
 Controle: 1421270 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030153

Data Exame: 25/01/2020

TORAX PA E PERFIL

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.
 Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÉNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/01/2020

Dina Vieira e Silveira
 SAME - HUT
 Confere com o Original

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

 CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
 Profissional Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 | Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO** (Prontuário: **535699**)
 Endereço: **RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO Nº5781 - PARQUE POTY - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: **06/04/1975** Idade: **44a9m19d** Sexo: **Feminino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **763517**
 Requisição: **1052665** Solicitação: **25/01/2020** Solicitante: **EDUARDO SALMITO SOARES**
 Controle: **1421122** Convênio: **SUS**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 25/01/2020

T.C. DE COLUNA CERVICAL

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES AXIAL, SAGITAL E CORONAL.

RELATÓRIO:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICais BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL VERTEBRAL COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

OBS.: FRATURA NA DIÁFISE CLAVICULAR ESQUERDA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 25/01/2020

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM
 Profissional Responsável

Karla Izabel Ferreira Coelho
 Matrícula: 69904
 SAME - HUT
 Contato: (86) 99111-1111





LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO** (Prontuário: **535699**)
 Endereço: RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO Nº5781 - PARQUE POTY - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 06/04/1975 Idade: 44a9m22d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 763517
 Requisição: 1052671 Solicitação: 25/01/2020 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
 Controle: 1421143 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040060

Data Exame: 25/01/2020

CLAVICULA ESQUERDA

O estudo radiológico do clavícula esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 os seguintes aspectos foram observados:

- Estrutura óssea conservada
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/01/2020

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
 Profissional Responsável

Assinatura de Vera Lucia Rios Araujo
 Matriúlo: 69004
 SAME - HUT
 Certeza com Certeza



LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO** (Prontuário: 535699)
 Endereço: **RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO Nº5781 - PARQUE POTY - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: 06/04/1975 Idade: 44a9m22d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 763517
 Requisição: 1052667 Solicitação: 25/01/2020 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
 Controle: 1421132 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 25/01/2020

OMBRO ESQUERDO

O estudo radiológico do ombro esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/01/2020

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

Missa Japa - Roseli Uvocante
 Matrícula: 69904
 SAME - HUT
 Confere com Original





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO** (Prontuário: 535699)
 Endereço: RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO Nº5781 - PARQUE POTY - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 06/04/1975 Idade: 44a9m22d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 763517
 Requisição: 1052717 Solicitação: 25/01/2020 Solicitante: WILANILDO LIMA COSTA
 Controle: 1421270 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030153

Data Exame: 25/01/2020

TORAX PA E PERFIL

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.
 Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/01/2020

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

Assunto: Exame de Radiografia
 Matrícula: 69904
 SAME - HUT
 Centro de Imagens





LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO** (Prontuário: 535699)
 Endereço: RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO Nº5781 - PARQUE POTY - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 06/04/1975 Idade: 44a9m22d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 763517
 Requisição: 1052706 Solicitação: 25/01/2020 Solicitante: WILANILDO LIMA COSTA
 Controle: 1424078 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 25/01/2020

OMBRO ESQUERDO

O estudo radiológico do ombro esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares integros.
- Partes moles sem alterações.

Conclusão: Exame normal.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/01/2020

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

Resolução de Radiologia
 Matrícula: 65004
 SAME - HUT
 Conf. Radiologia

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2.087.137	DATA DE EXPEDIÇÃO	03/07/15
NOME			
MARIA DE FÁTIMA DE SOUSA MACHADO			
FILIAÇÃO			
HELENA MARIA SOUZA MACHADO			
RAIMUNDO MENDES MACHADO			
NATURALIDADE		DATA DE NASCIMENTO	
BURITI DOS LOPES-PI		06/04/1975	
DOC. ORIGEM			
CERT. NASC. 3018 L A5 F 188V			
EXP BURITI DOS LOPES-PI 30/08/77			
TELEFONE 038.671.613-48			
ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/83			



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200171729 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE FATIMA DE SOUSA **Data do acidente:** 25/01/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A
MACHADO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA DIÁFISE DA CLAVÍCULA ESQUERDA. P5
FRATURA DO 1º ARCO COSTAL DIREITO. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	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-0134019/20

Vítima: MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO

CPF: 038.871.613-43

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/01/2020

Titular do CPF: MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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

MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO : 038.871.613-43

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: 08/05/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/05/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200171729 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE FATIMA DE SOUSA **Data do acidente:** 25/01/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A
MACHADO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA DIÁFISE DA CLAVÍCULA ESQUERDA. P5
FRATURA DO 1º ARCO COSTAL DIRITO. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequelas

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

Nome: <i>Maria de Fátima de Souza machado</i>	RG: 2.087.137	ORG. EMISSOR: SSP/PI	D. EXPEDIÇÃO: 03/07/15
CPF: 038.871.613-43	ESTADO CIVIL: Solteira	PROFISSÃO: Aux. de enfermagem	
ENDEREÇO: R. Vila Sáulz nascimento			Nº: 5781
COMPLEMENTO: Basse		BAIRRO: Parque Poly	
CIDADE: Teresina	ESTADO: Piauí	CEP: 64000-000	TELEFONE:

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES			
RG: 4.119.262	ORG. EMISSOR: SSS/PI	D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14	
CPF: 840.173.173-91	ESTADO CIVIL: SOLTEIRA	PROFISSÃO: RECUSO	
ENDEREÇO: RUA 24 DE JANEIRO			Nº: 544
BAIRRO: CENTRO	CIDADE: TERESINA	UF: PI	CEP: 64000-235

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUIO 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:

Maria de Fátima de Souza machado

Data do acidente de trânsito: 25/01/2020

Cobertura da vítima: *Invalidez*

LOCAL / DATA: *Teresina 19 de março 2020*

X Maria de Fátima de Souza machado

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO):

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

**SELO DE AUTENTICIDADE
NO VERSO**

6º OFÍCIO

CARTERIONATO DE NOTAS DE TERESINA

AVENIDA JOAQUIM NELSON, QUADRA 130, ITARARE, N° 17, TERESINA, PI, TEL: (86)

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MARIA DE
FATIMA DE SOUSA MACHADO. EM TEST. DA
VERDADE. DOU FÉ. TERESINA, 19/03/2020 09:22:47
SELLO: ABA12309 - XZT1 CONSULTE EM
www.tjpi.jus.br/portalextra



CARTÓRIO DA OFICINA
NOTAS DE TERESINA
Jacy Lima de Area Leão dos Santos
Escrevente Autorizada

MURILLO DE MACEDO SANTOS, ESCREVENTE
2.000,00 R\$ 4.00 T.J. R\$ 3.00 MF. R\$ 0,10 SAIU. R\$ 2,20 TAN. R\$ 5,10

CARTÓRIO DA OFICINA DE
NOTAS DE TERESINA-PI
Jacy Lima de Area Leão dos Santos
Escrevente Autorizada

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0134019/20

Vítima: MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO

CPF: 038.871.613-43

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/01/2020

Titular do CPF: MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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

MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO : 038.871.613-43

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: 08/05/2020
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/05/2020
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Paula Vargens Mendes da Costa