
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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

038.871.613-43

maria De Fatima De Sousa 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: 6 - CPF:

maria De Fatima De Sousa machado

038.871.613-43

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

Aux. de Contabilidade

R. ven Soulo nascimento

5781

loaa

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

Paqueta City

Teresina

PI

64000-000

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

eduardosousa20@hotmail.com

(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: 575496

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura
do segurado
ou do representante legal

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

Teresina - PI 08/05/2020
maria De Fatima Sousa machado

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
Sistema de Delegacia Virtual

v. 1.1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 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

Bairro
DIRCEU ARCOVERDE I

Endereço
BR 343, Nº:
Complemento
AVENIDA

Ponto de Referência
PROX.AO TERMINAL ITARARE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO
RG: 2.087.137 SSPPI PI
Mãe: HELENA MARIA DE SOUSA MACHADO
Pai: RAIMUNDO MENDES MACHADO
Endereço: RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO, Nº 5781
Complemento: CASA
Bairro: RENASCENÇA I
Cidade: TERESINA - CEP: 64000-000
Telefone(s): 86-8863-1223 86-8872-0223

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

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,PRONTUARIO N°535699, INFORMAÇÃO É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DA NOTICIANTE/VITIMA.

Delegacia Virtual - WEB

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

Lucy Nelly Leal Parreira
Delegada Geral de Polícia Civil-PI
Matr: 196.301-7

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: 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: ☒ 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)

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

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 57549 6

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saida do PA	05 Chegada ao local
	06 Saida do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saida do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
	16 Idade	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-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 Vitima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
Acidente de Transporte	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>
	23 Glasgow =	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão
Exame Físico	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 68 Resp. 12x8 PA 12x8 TAX. 98 SatO2 98	
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)	32 Hospital de Destino			
	Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/>	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado			
Hospital de Destino	34 Óbito 1 - Sim 2 - Não				
	Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte <input type="checkbox"/>				
Observações Interdisciplinar	35 Observações				
	36 Observações				
Responsável pela recepção		Socorristas Médico		Enfermeiro	
		AE/TE		Condutor	

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: 000000057549-6

Nr. da Autenticação E357FFB15ABF837D



Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0544258-3

EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ nº 040.748/0001-83 Insc. Estadual 19.301.383-8
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-7
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ 06/95

Nº da Nota Fiscal: 035500117

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\$)
MARCO/2020	19-03-2020	193	183,66

HELENA MARIA DE SOUSA MACHADO
R. VER SAULO NASCIMENTO 5781 5781 PARQUE POTI
CPF: 00047776072168
CEP: 64.000-000 - TERESINA
ROT: 9.001.75.21.318500

DADOS DA LEITURA		kWh	DAYS DA LEITURA	
Atual:		9412	Atual:	12/03/2020
Anterior:		9219	Anterior:	12-02-2020
Constante de Multiplicação:		1,000	Anterior:	13-04-2020
Consumo Medido:		193	Próxima Leitura:	11-03-2020
Consumo Faturado:		193	Emissão:	12-03-2020
Forma de Faturamento:	NORMAL		Apresentação:	
			Dias de Consumo:	29

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

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO 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 IC 01/20-00	3,69
NOV/19	219	MULTA POR ATRASO DE 1 01/20-00	0,32
OUT/19	183	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 SEM TRIBUTOS:
R\$ A 193 - 0,615316

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 27-03-2020. O não pagamento poderá resultar também a inclusão do nome do consumidor no SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
02/2020	225,13	

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

Valor correto sobre o valor da energia elétrica de acordo com a Lei nº 1.040 de 2002, sobre o controle das tarifas de energia elétrica.

RESERVADO AO FISCO 5876.FD69.08F3.EDAF.14B8.ACB2.1384.F27D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	34,75	Base de Cálculo:	159,21 124,18
Energia:	67,12	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	11,35	Valor do ICMS:	35,02
Encargos:	5,55	Valor do PIS:	0,96
Tributos:	40,44	Valor do COFINS:	4,46

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
DIC			FIC			DMC	
	Atual	Trimestral	Atual	Trimestral	Trimestral	Atual	Trimestral
Limite	5,55	11,10	22,21	3,23	6,47	12,95	2,20

NOME/ENDEREÇO
MORADOR NELLE ROZE SOARES MARQUES
RUA VINTE E QUATRO DE
JANEIRO, 544-CENTRO-TERESINA-PI-cep:64018650

LOCALIZAÇÃO 001-00041-005250 GRUPO 001 NÚMERO DO HIDRÔMETRO A10X133657

HISTÓRICO DE CONSUMO				ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA	
MÊS/ANO	TIPO	LIDO	FATURADO	1 Comercial - Normal	
04/2020	Medida	00	19		
03/2020	Lido	01	19		
02/2020	Lido	01	19		
01/2020	Minimo	00	19		
12/2019	Lido	02	19		
11/2019	Lido	01	19		

DATA	LEITURA	CONSUMO MÊS M3	LEI 12741/2012
ANTERIOR 01/04/2020	183	10	PIS/PASEP 113,25x1,65% = 1,86
ATUAL 04/05/2020	184	10	COPINS 113,25x7,50% = 8,49

TABELA DE TARIFAS		DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	
RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R3 (M3) (R\$)	10 25 9,3870 R\$	DESCRIÇÃO	VALOR
		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 R5 (M3) (R\$)	10 25 9,3870 R\$		

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

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

NOTIFICAÇÃO
Nossos arquivos acusa(m) 1 debito(s). ATENÇÃO - 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 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 (IPRC Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	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 Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCOLHIDA COLI	655	655	0	Ausente	Ausente
	655	655	0	Ausente	Ausente

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

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

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

8266000001-0 13251535000-8 00202015141-7 13560100104-7



Declaração de Quitação Anual de Débitos

Prezado Cliente,
Em cumprimento a Lei 13.007/2000

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular numero 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 COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173 / 91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria De Fátima De Sousa Machado inscrito
(a) no CPF sob o Nº 038.871.613 / 43, do sinistro de DPVAT cobertura ± PA da Vítima
Maria De Fátima De Sousa Machado 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 <u>64000-235</u>
E-mail		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-6565</u>

Teresina 08 de maio de 2020
Local e Data

* Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante



NOME DO PACIENTE: MARIA DE FÁTIMA DE SOUSA MACHA-
DO

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 535699

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
À SUA UTILIZAÇÃO".

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

Neurologia OK
Ortopedia OK
Cardiologia OK

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

Impr 25/01/2020 08:42:31

(User: EDUARDO SALMITO)

(Estação: CONSULP03)

Nome: MARIA DE FATIMA DE SOUSA MACHADO		Prontuário: 535699
Mãe: HELENA MARIA SOUZA MACHADO	Pai: RAIMUNDO MENDES MACHADO	
End. Resid.: RUA VEREADOR SAULO NASCIMENTO Nº5781 - 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: 036.871.613-43	
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: QUEBRAS	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clíca. Risco: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, FAZIA USO DE CAPACETE, COM ESCORIAÇÕES LEVES EM MÃO E OMBRO ESQUERDO, QUEIXA DE DOR NO TORAX E OMBRO ESQUERDO.		THAMYRES VIEIRA DA SILVA COREN 422127 Em: 25/01/2020 09:34:31

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: PACIENTE 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 visceromegalias; D: PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, GLASGOW 4+5+6, SEM SINAIS DE ALERTA NO LOCAL DO ACIDENTE, SEM SINAIS DE LATERALIZAÇÃO 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	TOMOGRÁFIA REALIZADA DATA 25/01/2020 HORA 08:25 EXAME C. CERVICAL TECNÓLOGO: <i>[Assinatura]</i>
--	--	--

Prescrição Médica: <i>1) Dique - Impt 1g, 2x, 7 dias</i> <i>2) Talat - Impt 1g, 2x, 7 dias</i> <i>Virgínia Portela</i> MÉDICA CRM-PI 6306	RAIO-X REALIZADO DATA 25/01/2020 HORA 9:57 TÉCNICO: <i>[Assinatura]</i>	RAIO-X REALIZADO DATA 25/01/2020 HORA <i>[Assinatura]</i> TÉCNICO: <i>[Assinatura]</i>
---	--	---

Motivo da Alta/Encerramento:	DATA: / / HORA: : :
Observação (Adulto)	

W
Virgínia Portela
MÉDICA
CRM-PI 6306

Assinatura Paciente ou Responsável:

RAIO-X REALIZADO
DATA 25/01/2020 HORA 10:06
TÉCNICO: *[Assinatura]*

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

Neurocirurgia

Arrede de moto.

Glasgow 15. Vsa de colar cervical.

TC de Coluna cervical = sem fraturas ou listeses

CD: Sem conduta neurocirurgica
alta de N12

Unidades clinicas

liberar colar cervical

Dr. Emilio Barros de Oliveira
Neurocirurgião
CRM-PA 5084 RQE 3144

AV: Pac de Moh

Tumor em ombro

e torax

CD: Não há em
seguimento

Exame físico

Curativo

A C Guad

Nelson Antonio Melo de Moura
Ortopedista
CRM-PA 4883/TEOT 14.831
CRM-MA 10.468

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

25/05/2020 às 10:40h

#cirurgia geral

Pt vítima de queda de moto

RX torax: fratura de 1º arco costal D.

CD: 1) analgesia

2) alta de cirurgia geral

Virginia Portelo
MÉDICA
CRM-PI 6306

TH Gilkelder



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço				
	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE		
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo			1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado
	16 Idade	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência	1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado			
	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				
Acidente de Transporte	19 Vitima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 4 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 8 - Ignorado	
Exame Físico	23 Glasgow =	RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	24 Sinais Vitais
	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 Resp. PA TAX SatO2
Assistência	26 Pupilas	27 Pulso		28 Sangramento	
	1 - Iguais 2 - Desiguais	1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		1 - Sim 2 - Não	
Hospital de Destino	29	30 Fratura		31 Procedimentos realizados	
	ESCALA DE DOR DE 0 A 10	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito		1 - Sim 2 - Não	
Observações Interdisciplinar	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada		34 Óbito	
	H.U.T.	1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado		1 - Sim 2 - Não	
<p>paciente motociclista, sendo a passageira apresentando escoriações + suspeita de fratura em ombro E. consciente orientada.</p>					
Responsável pela recepção		Socorristas Médico		Enfermeiro	
00		A/E/TE		Condutor	
		Conceição		Edinaldo	



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

Pág: 1 de 1

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

Dina Vieira e Silva
SAME - HUT
Confere com o Original

MARCELO COELHO AVELINO
CPF: 552.218.663-15 2443 CRM
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: 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 íntegros.
- 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 clavicula 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



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: 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 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: 1052717 Solicitação: 25/01/2020 Solicitante: WILANILDO LIMA COSTA
 Controle: 1421270 Convênio: S U S

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

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: 44a9m19d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 763517
Requisição: 1052665 Solicitação: 25/01/2020 Solicitante: EDUARDO SALMITO SOARES
Controle: 1421122 Convênio: S U S

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

Resposta: Marcelo Avelino Cavalcante
Matrícula: 69904
SAME - HUT
Confirmação 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: 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 íntegros.
- 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 Profissional Responsável
Matrícula: 69904
SAME - HUT
Carimbo 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: 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

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

Assinatura Profissional Convalidada
 Matrícula: 69304
 SAME - HUT
 Confira 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: S U S

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

Veroza Kelly A. F. Almeida Cavalcante
 Matrícula: 69604
 SAME - HUT
 Contato: 33m.01.2020

**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: 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 íntegros.
- 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 Profissional
 Matrícula: 89304
 SAME - HUT
 Confirmação Profissional

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	BURITI DOS LOPES-PI
DATA DE NASCIMENTO	06/04/1975
DOC. ORIGEM	CERT.NASC. 3018 L A5 F 188V
EXP	BURITI DOS LOPES-PI 30/08/77
CPF	038.871.613-48
TELA	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
	
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"	
	
<i>Maria de Fátima de Sousa Machado</i> 0653670 ASSINATURA DO TITULAR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

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 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

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 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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: <u>Maria de Fatima de Sousa Machado</u>			
RG: <u>2.087.137</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSPIPI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>03/07/15</u>	
CPF: <u>038.871.613-43</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteira</u>	PROFISSÃO: <u>Aux. de enfermagem</u>	
ENDEREÇO: <u>R. Ven. Saulo Nascimento</u>		Nº: <u>5781</u>	
COMPLEMENTO: <u>Casa</u>		BAIRRO: <u>Parque Polly</u>	
CIDADE: <u>Teresina</u>	ESTADO: <u>Piauí</u>	CEP: <u>64000-000</u>	TELEFONE: <u></u>

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

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

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:

Maria de Fatima de Sousa Machado

Data do acidente de trânsito: 25/01/2020

Cobertura da vitima: Invalidez

LOCAL / DATA: Teresina 19 de março 2020

Maria de Fatima de Sousa Machado

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO):

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

SELO DE AUTENTICIDADE
NO VERSO

6º OFÍCIO

TABELIONATO DE NOTAS DE TERESINA

AVENIDA JOAQUIM NELSON, QUADRA 139, ITARARE - N° 17, TERESINA - PI (UA, TEL. 199)

Aracy Bárbara Alencar de Sá E Frenco Silveira
Tabelão Notário
Telefone: (86) 30897-5425

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



MURILLO DE MACEDO SANTOS - ESCRIVENTE
D. 01,00 R\$ 4,00 T.J. R\$ 0,00 MP. R\$ 0,10 Selo: R\$ 0,00 Total: R\$ 5,10

**CARTÓRIO DO OFÍCIO DE
NOTAS DE TERESINA-PI**
Jacy Lima de Azeiteiro dos Santos
Escrivente Autorizada

**CARTÓRIO DO OFÍCIO DE
NOTAS DE TERESINA-PI**
Jacy Lima de Azeiteiro dos Santos
Escrivente 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 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

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