

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190375808 **Cidade:** Timon **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LIDIANE ALVES VERAS **Data do acidente:** 16/02/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EVOLUÇÃO PÁG. 02 03 // EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0198897/19

Número do Sinistro: 3190375808

Vítima: LIDIANE ALVES VERAS

CPF: 025.132.383-89

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 16/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LIDIANE ALVES VERAS

DOCUMENTOS ENTREGUES

LIDIANE ALVES VERAS : 025.132.383-89

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/06/2019
Nome: MARIA DE FATIMA DE PAIVA BRASIL
CPF: 705.927.213-53

MARIA DE FATIMA DE PAIVA BRASIL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/06/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190375808

Vítima: LIDIANE ALVES VERAS

Data do Acidente: 16/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DE FATIMA DE PAIVA BRASIL

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LIDIANE ALVES VERAS

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, 13 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190375808

Vítima: LIDIANE ALVES VERAS

Data do Acidente: 16/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DE FATIMA DE PAIVA BRASIL

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LIDIANE ALVES VERAS

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190375808

Vítima: LIDIANE ALVES VERAS

Data do Acidente: 16/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DE FATIMA DE PAIVA BRASIL

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LIDIANE ALVES VERAS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 0198897/12 3 - CPF da vítima: 025.13238389 4 - Nome completo da vítima: Lidiiane Alves Venas

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

5 - Nome completo: Lidiiane Alves Venas 6 - CPF: 025.13238389
7 - Profissão: Secretária 8 - Endereço: R- 39 de Novembro 3910
9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Real Copagni 12 - Cidade: TERESINA 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64001-470
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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3828 CONTA: 01173 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 (assinale 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Teresina (PI), 10/06/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



AUTO-ATENDIMENTO - TERESINA NORTE

DATA: 05/06/2019

HORA: 15:07:57

TERMINAL: 38281002

CONTROLE: 382810020531

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 3828 013.00021173-9

NOME: LIDIANE ALVES VERAS

TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 7.000,00

TELEFONE DEPOSITANTE: 86 98852-3037

NÚMERO DO ENVELOPE: 3412909051

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

DPVAT

1 2 JUN 2019

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 0198897/123 3 - CPF da vítima: 02513238389 4 - Nome completo da vítima: Lidiane Alves Venas

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

5 - Nome completo: Lidiane Alves Venas 6 - CPF: 02513238389

7 - Profissão: Secretária 8 - Endereço: R. 30 de Novembro 9 - Número: 3010 10 - Complemento:

11 - Bairro: Real Copagni 12 - Cidade: TERESINA 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64001-470

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3828 CONTA: 01173 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Teresina/PI, 10/06/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
PRIMEIRO DISTRITO POLICIAL DE TIMON - 1DP TIMON
Endereço: PRESIDENTE MEDICE, 1237 - Centro, Fone: (99)3212-5002.

OCORRÊNCIA Nº: 2054/2018 - Registrado em 13 de Abril de 2018 às 11:19h

FATO COMUNICADO

Data/Hora do Fato: 16/02/2018 às 16:10hs, Sexta-Feira

LESAO CORPORAL CULPOSA NA DIRECAO DE VEICULO AUTOMOTOR (Artigo 303 do CTB - LEI Nº 9.503/97)

Mensagem Obrigatória: "Qualquer vítima - ou seu beneficiário - de acidente envolvendo veículo automotor em via terrestre poderá requerer indenização do seguro obrigatório (DPVAT). Informações: www.dpvatseguro.com.br".

LOCAL

Município: TIMON Estado: MA
Logradouro: AVENIDA FRANCISCO CARLOS JANSEN Nº: CEP:
Bairro: GUARITA Tp de Local: VIA URBANA
Referência: AV. FCO. CARLOS JANSEN, PROX. A PONTE METALICA, GUARITA

ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VÍTIMA

LIDIANE ALVES VERAS (33), do sexo feminino, Brasileira, Solteiro, exercendo a profissão de Secretária, RG Nº: 2163254/SSPPI, CPF: 025.132.383-89, nascida em 07/06/1984, natural de TERESINA - PI, PAI: FRANCISCO ALVES VERAS FILHO e MÃE: ROSILDA ALEXANDRINA ALVES, Endereço: REAL COPAGRE - R-DEZENOVE DE NOVEMBRO, Nº3910 - TERESINA - PI, Telefone(s): 3225-3302.

EXAMES SOLICITADOS

LESAO CORPORAL

ENVOLVIMENTO: AUTOR (A APURAR)

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

PARA NOS COMUNICAR QUE QUANDO TRAFEGAVA PELA AVENIDA FRANCISCO CARLOS JANSEN NO SENTIDO TERESINA/PI PARA O CENTRO DE TIMON/MA CONDUZINDO SUA MOTONETA SHINERAY / 50Q, COR VERMELHA, CHASSI:99HJT2050HS000022, PLACA PIR 1070/PI E AO CHEGAR NA SAIDA DA PONTE METALICA PARA A AVENIDA FRANCISCO CARLOS JANSEN NO BAIRRO GUARITA, NESTA CIDADE DESLIZOU NO TRILHO CAINDO EM SEGUIDA COM O REFERIDO VEICULO E QUE APÓS O ACIDENTE FOI SOCORRIDA PELA AMBULANCIA DO SAMU USB IV E CONDUZIDA PARA O HOSPITAL PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE TIMON/MA NO PARQUE ALVORADA ONDE DEU ENTRADA CONFORME BOLETIM DE ATENDIMENTO E PROCEDIMENTO 507- 741 ASSINDADO PELA MEDICA MARIA DO ROSARIO DE F.C.MELO DE CRM-PI:2371E CRM-MA:6421. O FATO SERÁ LEVADO AO CONHECIMENTO DO DELEGADO PARA OS DEVIDOS FINS.

CLAUDIO MENDES PEREIRA
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
Matrícula: 1196633

JORGE LUIZ LOUZEIRO
ATENDENTE

LIDIANE ALVES VERAS
COMUNICANTE

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Kelly de Abreu Valverde
Escritor Autorizada
Teresina - PI

DPVAT

12 JUN 2019

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Licandro Nogueira, 1223 - Centro - CEP: 64000-200 - Teresina-PI - Fone: (99) 3221-0159 - E-mail: atendimento@cartorio3sampani.com.br
Título: Antônio Gonçalves de Sampaio Pereira

AUTENTICO A PRESENTE FOTOCOPIA QUE É REPRODUÇÃO FIEL DO ORIGINAL. E DOU FÉ. EM TEST. DA VERDADE.
Teresina-PI, 07/06/2019.
SELO: AAD13941-227A - www.tpi-3os.br/portalexta

KELLY DE ABREU VALVERDE-ESCREVENTE AUTORIZADA
Emol:2,48 TJ:0,50 RIMP/PI:0,06 Selo:0,26 Total:3,30 - OP:22
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

O - Impresso em 13/06/2019 às 14:51 - Página 1 de 1

CONSULTE O SELO
DIGITAL

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 0198897/12 3 - CPF da vítima: 025.13238389 4 - Nome completo da vítima: Lidiiane Alves Venas

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

5 - Nome completo: Lidiiane Alves Venas 6 - CPF: 025.13238389
7 - Profissão: Secretária 8 - Endereço: R- 39 de Novembro 3910
9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Real Copagni 12 - Cidade: TERESINA 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64001-470
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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 8828 CONTA: 01173 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 (assinale 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Teresina (PI), 10/06/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



AUTO-ATENDIMENTO - TERESINA NORTE

DATA: 05/06/2019

HORA: 15:07:57

TERMINAL: 38281002

CONTROLE: 382810020531

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 3828 013.00021173-9

NOME: LIDIANE ALVES VERAS

TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 7.000,00

TELEFONE DEPOSITANTE: 86 98852-3037

NÚMERO DO ENVELOPE: 3412909051

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

DPVAT

1 2 JUN 2019

PJ CORRETORA
DE SEGUROS



Timon
Secretaria
Municipal de
Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE TIMON
SAÚDE/SUS
REGISTRO DE OCORRÊNCIA
SAMU REGISTRO DE OCORRÊNCIA



SAMU
192

CIDADE: Timon

AMBULÂNCIA ACIONADA: USB - IV DATA: 16/02/18

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Av. FCC Escola João proa a ponte

NOME DO PACIENTE: Jaidiani Alves Verdes

SEXO: M ☐ F ☒ IDADE: 33 anos

SAÍDA DA BASE: 16:07 CHEGADA AO LOCAL: 16:10 SAÍDA DO HOSPITAL: 16:53

SAÍDA DO LOCAL: 16:25 CHEGADA AO HOSPITAL: 16:38 CHEGADA DA BASE: 17:03

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| 01. ☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO | 03. ☐ CHOQUE ELÉTRICO | ☐ PSIQUIÁTRICO |
| 02. ☐ AGRESSÃO | 09. ☐ QUEDA | ☐ |
| 11. ☐ URGÊNCIA ADULTA | 07. ☐ JA REMOVIDO | |
| 13. ☐ URGÊNCIA PEDIÁTRICA | 06. ☐ FALSO CHAMADO | |
| 05. ☐ ENVENENAMENTO | 10. ☐ TRANSFERÊNCIA | |
| 04. ☐ CRISE CONVULSIVA | 12. ☐ URGÊNCIA OBSTETRÍCIA | |

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

ALERTA ☒
RESPONDE A COMANDO ☐
RESPONDE A DOR ☐
SEM RESPOSTA ☐

PUPILA:

2 - ANISOCÓRIAS ☐
1 - ISOCÓRIAS ☒
3 - FOTO REAGENTE ☐

DPMA
12 JUN 2018
NORMAL
CONFUSA
NENHUM

PULSO RADIAL:

FORTE ☒
FRACO ☐
AUSENTE ☐

SANGRAMENTO:

AUSENTE ☒
MÍNIMO ☐
MODERADO ☐
INTENSO ☐

SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL 140 x 80
PULSO 107
RESPIRAÇÃO 98%
SATURAÇÃO 98%
GLICEMIA 98%

OBSERVAÇÕES: pt consciente orientado, vítima de queda do muro suspenso de luxação msc

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- | | | |
|--|---|---------------------------------|
| ☐ ASPIRAÇÃO | ☐ PRANCHA LONGA | ☐ OUTROS |
| ☐ OXIGÊNIO | ☐ PRANCHA CURTA | <u>do 2. Se encapota</u> |
| ☐ REANIMAÇÃO CÁRDIO PULMONAR | ☐ KED | <u>na ventrada</u> |
| ☐ CURATIVOS | ☐ COLAR CERVICAL | <u>dentro do ea</u> |
| ☒ IMOBILIZAÇÃO DE EXTREMIDADES | ☐ ASSIST. OBSTETRICA | <u>interna</u> |

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL:

☐ MELHORADO
☐ PIORANDO
☐ INALTERADO

☐ ÓBITO ANTES DO SOCORRO
☐ ÓBITO ANTES DO TRANSPORTE
☐ ÓBITO NO TRANSPORTE

HOSPITAL DE DESTINO:

H. P. A.
RESPONSÁVEL PELA REC. NO HOSPITAL
Saulon + Eduardo

EQUIPE:

MÉDICO(A): _____

ENFERMEIRO(A): _____

TÉCNICO(A): _____

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, Aldiane Alves Venaz,
RG nº 9163254, data de expedição —/—/—,
Órgão SSP-PI, CPF nº 025.132.383-89

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua 19 de Novembro;
Número	3910;
Apto/Complemento	
Bairro	Real Copacabana;
Cidade	TERESINA;
Estado	PIAUÍ;
CEP	64001-470;
Tel. de contato	(86) 9.9999-0117
E-mail	(86) 9.9404-4764

(86) 9.8867-8941

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: TERESINA(PI); 10/06/2019

X Aldiane Alves Venaz
Assinatura do Declarante



ÁGUAS DE
TERESINA

CNPJ 27.374.740/0001-06 - IE 155565574
Av. Prof. Camilo Filho, 1960, Todos os Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: (86) 213 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

TC 1.38
28190523891556

12216780-5

FATURA Nº
MÊS/ANO 151597680
5/2019

NOME/ENDEREÇO
MORADOR ROSILDA ALEXANDRINA ALVES
RUA DEZENOVE DE NOVEMBRO, 3910- REAL
COPAGRI-TERESINA-PI-cep: 64001470

LOCALIZAÇÃO
015-00005-000155
GRUPO 015
NÚMERO DO HIDRÔMETRO A12L156953

HISTÓRICO DE CONSUMO
MÊS/ANO TIPO LITROS FATURADO
04/2019 Media 88
05/2019 Media 88
06/2019 Media 88
07/2019 Media 88
08/2019 Media 88
09/2019 Media 88
10/2019 Media 88
11/2019 Media 88
12/2019 Media 88
ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
1 Residencial - Normal

DATA LECTURA
ANTERIOR 23/04/2019 581
ATUAL 23/05/2019 590
CONSUMO MÊS M3 10
LITROS 12,74/2012
PIS. PASEP 28,45x1,65% = 0,46
COPINS 28,45x7,60% = 2,16

TABELA DE TARIFAS
RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)
0 12 2,4000 05
13 25 5,3600 65
26 999999 9,1500 65
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA
VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,45
> Residencial-Normal 10,0 m3 28,45

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)
0 12 2,4000 05
13 25 5,3600 65
26 999999 9,1500 65
VALOR 28,45

VENCIAMENTO 04/06/2019
TOTAL A PAGAR 28,45

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES
NÃO HÁ
MENSAGEM
Nossos Arquivos acusam (M) 1 DEBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO
(86) 9.9999-0147
(86) 9.8867-8944
(86) 9.3404-28764
(86) 9.8894-7604
(86) 9.8857-3724

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

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESECONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CONDUTIVIDADE	2380	2339	41	1,42	0,2-5,0 mg/L
CHLORÍDIO	2383	2158	225	8,87	Inferior a 15
PH	1865	1538	327	6,27	6,00-9,50
TURBIDEZ	2384	2273	111	2,85	Inferior a 5

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

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESECONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	660	656	4	Ausência	Ausente
COLIFORMES FECALIS	660	660	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO 23/05/2019 HORA DA EMISSÃO 09:15

DPVAT
1 2 JUN 2019
CORRETORES DE SEGUROS

TC 1.38 28190523891556

ÁGUAS DE
TERESINA

MATRICULA 12216780-5 FATURA Nº 151597680
MÊS/ANO 5/2019

VENCIAMENTO 04/06/2019 VALOR A PAGAR 28,45

8261000000-7 28451535000-7 0020.915159-2 76800100104-1



Declaração de Quitação Anual de Débitos

Prezado Cliente,



Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/001-89 IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 87, Resolução 456/2000 da ANEEL

NF: 718916

MARIA DE FATIMA DE PAIVA BRASIL

RUA BOA VISTA, 497, B-CEDRO

CEP: 64.450-000

MONSENHOR GIL-PI

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
0447341-3	04/2019	21/02/2019 a 21/03/2019
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
77	25/04/2019	R\$ 64,75

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

recorte aqui



Eletrobras

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
0447341-3	04/2019	R\$ 64,75

836200000005.544900170009.000000003988.675609150056



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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

inscrito (a) no CPF/CNPJ

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

do sinistro de DPVAT cobertura

da Vítima

inscrito (a) no CPF sob o Nº

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão:

Renda:

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:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CPF:

E-mail:

Telefone:

Local e Data:

Maria de Fátima de Paiva Brasil

Assinatura do Declarante



01 303.082/0001-15  Timon Secretaria Municipal de Saúde		Ministério da Saúde - SUS Prefeitura Municipal de Timon Secretaria Municipal de Saúde Unidade Mista Dr. José Firmino de Sousa Rua Pedro Alves de Moraes, s/n, Parque Alvorada Timon-MA. CEP: 65.632-170		Boletim de Atendimento e Procedimento 507 - 741	
ENTIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS					
HOSPITAL PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE TIMON					
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
NOME: Lidiane Alves Vetas					
Nº CARTÃO DO SUS:				TELEFONE:	
DATA DE NASC. 07-06-84		PROFISSÃO: 3910		SEXO ☒ F ☐ M	
ENDEREÇO: R. 19 de Novembro				BAIRRO: Real Parque	
MUNICÍPIO: Cerejeiras		ESTADO: PI		Nº DO DOC: 2153254 858.85	
FILIAÇÃO		PAI MAE: Renilda Alexandrino Alves			
DADOS SOBRE O ATENDIMENTO					
DATA: 16-05-18				HORÁRIO: 16:37	
MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME CLÍNICO					
28/03/18 Dor no Joelho após queda de motocicleta					
EXAMES COMPLEMENTARES					
DIAGNÓSTICO:				DPVAT 12 JUN 2019	
				DE SEGURANÇA	
CID PRINCIPAL:				☐ ☐ ☐ ☐	

Marcela Silva Parra
 Diretora Administrativa
 Página 232/2017

PJ CORRETORA

01.803.082/0001-75

Secretaria Municipal de Saúde

Hospital Municipal Dr. José Figueira de Sousa

Rua 10 s/n Parque

Cep: 65.636-000

Teresopolis - RJ

TRATAMENTO REALIZADO

- Urticaria - Olanoprim 1mg 7.02

COPIA ORIGINAL

28/03/18

DIAGNÓSTICO: DCA (luxof)

PROCEDIMENTO:

CÓDIGO:

OBS:

Marcia Silva
Diretora Administrativa
Portaria 232/2017

Marcia F. C. Melo
MEDICA
CRM-P1 2371
CRM-MA 6421

Carimbo e Assinatura do Médico Responsável

p. Luciano Alves Vences
Assinatura do Paciente

Lucilio / Eania
Assinatura do Atendimento



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA.

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

Busca Automática - CEP 64001-490 - Teresina-PI

☎ (0**86) 99833-3055

Nome: _____

***** LAUDO RADIOLÓGICO *****

No. Atend: 258322 Data: 16/02/2018

Paciente: LIDIANE ALVES VERAS

Solicitante: DR MARCIO BATISTA DE CARVALHO

Convênio: IAPEP

Exame: 0251-RX JOELHO ESQUERDO

CONCLUSÃO:

FRATURA EMINENCIA INTERCONDILAR
EDEMA DE PARTES MOLES

Teresina(PI), 01 de Abril de 2019

Data ____/____/____


Dr. Carlos Augusto Moura Fé
CRM 1341
Radiologista

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

DPVAT

12 JUN 2019

J CORRETORA
DE SEGUROS



Paciente: 258322 LIDIANE ALVES VERAS

SERVE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1160458146

PRIMEIRO PLASTIFICAR
1160458146

NOME
LIDIANE ALVES VERAS

BOL. IDENTIDADE/VEÍCULO EMISSOR
2163254 847 PI

CPF
025.132.383-09

DATA NASCIMENTO
07/06/1984

FILIAÇÃO
FRANCISCO ALVES VERAS
FELMO
ROSILDA ALEXANDRINA ALVES

PERMISSÃO
CONDUZIR

ACC
CONDUZIR

CAT.VEIC
A2

Nº REGISTRO
05199041393

VALIDADE
22/07/2020

V. HABILITAÇÃO
06/05/2011

OBSERVAÇÕES

Lidiane Alves Veras
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
TERESINA

DATA DE EMISSÃO
22/07/2015

41131627751
PT315939230

DETRAN-PI (PTAUI)

12 JUN 2019

DPVAT

AG. CORRETORA
DE SEGUROS

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 684.903 DATA DE EXPEDIÇÃO 16/09/15

NOME MARIA DE FÁTIMA DE PAIVA BRASIL

FILIAÇÃO MARIA ALICE RIBEIRO PAZ
ANDRÉ DE PAIVA BRASIL

NATURALIDADE BENEDITINOS-PI DATA DE NASCIMENTO 18/10/1962

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 1727 L. 2. F. 064

CPF EXP AGRICOLÂNDIA-PI 10/03/14

TERESINHA 05.927.213-53

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"

0706913

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

12 JUN 2019

DPVAT

DETRAN - PI 9020170129755 Nº 013029278076
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CÔD. RENAVAM 1105976464 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2017

NOME
LIDIANE ALVES VERAS

CPF / CNPJ 02513238389 PLACA PIR-1070

PLACA ANT. / UP - CHASSI 99HJT2050HS000022

ESPECIE TIPO PAS/CICLOMOTO/NEENHONAS COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO SHINERAY/500 ANO FAB 2016 ANO MOD 2017

CAF / POT. / OIL 002P/049CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS 1º ISENTO

IPVA FAIXA I, PVA. PARCELAMENTO / COTAS 2º 3º IPVA

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

SEM RESTRICÇÕES DE PORTE OBRIGATORIO

VALIDO PARA TRANSFERENCIA

TERESINA

DATA 16/11/2017

PI Nº 013029278076 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 16/11/2017

VIA 1 CPF / CNPJ 02513238389 PLACA PIR-1070

RENAVAM 1105976464 MARCA / MODELO SHINERAY/500

ANO FAB 2016 CAT. TARIF 09 Nº CHASSI 99HJT2050HS000022

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 36,85 DENATRAM (R\$) 4,09 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40,94

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,32 TOTAL A SER PAGO PELA SEGURADA (R\$) 86,38

PAGAMENTO X COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 13/11/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 05.243.553/0001-04

DPVAT
12 JUN 2019
PJ CORRETORA
DE SEGUROS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190375808 **Cidade:** Timon **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LIDIANE ALVES VERAS **Data do acidente:** 16/02/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EVOLUÇÃO PÁG. 02 03 // EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

OUTOGANTE: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)			
Nome: <u>LIDIANE ALVES VERAS</u>			
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRA</u>	Profissão: <u>SECRETARIA</u>	
RG: <u>016.3254</u>	Org.Emissor: <u>SSP-PI</u>	D.Expedição: <u>- / - / -</u>	CPF: <u>025.13238389</u>
Endereço: <u>RUA 19 DE NOVEMBRO</u>		Nº: <u>10</u>	Bairro: <u>REAL COPABR</u>
Cidade: <u>TERESINA</u>		Estado: <u>PI</u>	Cep: <u>64001-470</u>

OUTORGADO: (Dados do Procurador)			
NOME: <u>MARIA DE FÁTIMA DE PAIVA BRASIL</u>			
Nacionalidade: <u>Brasileira</u>	ESTADO CIVIL: <u>CASADA</u>		Profissão: <u>PROFESSORA</u>
RG: <u>684.903</u>	Org.Emissor: <u>SSP-PI</u>	D.Expedição: <u>16/09/2015</u>	CPF: <u>705.927.213-53</u>
Endereço: <u>RUA BOA VISTA</u>		Nº: <u>497</u>	Bairro: <u>CEDRO</u>
Cidade: <u>MONSENHOR GIL</u>		Estado: <u>PI</u>	CEP: <u>64.450-000</u>

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO-DPVAT** E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO-DPVAT, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ENVIAR E/OU REQUERER QUAISQUER DOCUMENTOS NECESSÁRIO JUNTO AS SEGURADORAS CONSORCIADAS, INCLUINDO RECEBER INFORMAÇÕES SORRE PERÍCIA MÉDICA, SOLICITAR REAGENDAMENTO, PODENDO SUBSTALECER E PRATICAR, ENFIM, TODOS OS ATOS DE DIREITO PERMITIDO PARA O FIEL E PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDADO; AFIM DE REQUERER A INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT REFERENTE Á:

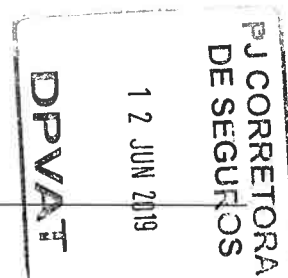
VÍTIMA LIDIANE ALVES VERAS
 CPF: 025.13238389 DATA DO ACIDENTE: 10 / 02 / 2018

Cobertura solicitada: ☒ INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS () MORTE

Local /Data: TERESINA (PI); 07 de junho de 2019

X Lidiane Alves Veras 

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
 Rua Lázaro Marques, 1223 - Centro - CEP: 64002-300 - Teresina - PI - Fone: (08) 3221-0150 - E-mail: atendimento@cartorio3sampaio.com.br
 Titular: Antônia Gonçalves de Sampaio Pereira

CONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE LIDIANE ALVES VERAS DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
 resina-PI, 07/06/2019. Selo: AAD13940-GH3Z
 w.tjpi.jus.br/portalextra.

LLY DE ABREU VALVERDE-ESCREVENTE AUTORIZADA
 01:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:22
 OCURAÇÃO

autentica ou verdadeira)



**CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
 CONSULTE O SELO
 DIGITAL**

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0198897/19

Vítima: LIDIANE ALVES VERAS

CPF: 025.132.383-89

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 16/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LIDIANE ALVES VERAS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARIA DE FATIMA DE PAIVA BRASIL : 705.927.213-53

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

LIDIANE ALVES VERAS : 025.132.383-89

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/06/2019
Nome: MARIA DE FATIMA DE PAIVA BRASIL
CPF: 705.927.213-53

MARIA DE FATIMA DE PAIVA BRASIL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/06/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL