

Screenshot of a web browser showing a digital court system interface (PJe). The main window displays a document titled "12566085 - CONTESTAÇÃO (2757919 CONTESTACAO 01)" dated 16 Oct 2020. The left sidebar shows a tree view of documents, including "JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO" and several sub-items. The right panel shows a preview of a document titled "downloadBinario.seam" with the date "1 / 10" and the text "2757919- C3/ 2020-03838/ INVALIDEZ" and "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS". The browser toolbar at the top includes links to various government and Google services. The taskbar at the bottom shows icons for Windows, Internet Explorer, Firefox, and Google Chrome.



Número: **0821546-73.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **27/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.000,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes  | Procurador/Terceiro vinculado                      |
|---|--|
| <b>LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA (AUTOR)</b>                            | <b>GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO)</b> |
| <b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO<br/>DPVAT S.A. (REU)</b> |  |

**Documentos**

| Id.          | Data da Assinatura | Documento                                      | Tipo                    |
|--------------|--------------------|--|-------------------------|
| 12566<br>089 | 16/10/2020 10:37   | <a href="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></a> | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO |



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

---

Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200030097** **Vítima: LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA**

**Data do Acidente: 08/10/2019** **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA**

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, contados 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

Carta nº 15330683

Pag. 01431/01432 - carta\_01 - INVALIDEZ



00036716



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 16/10/2020 10:37:43  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101610374304800000011886920>  
Número do documento: 20101610374304800000011886920

Num. 12566089 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200030097 Vítima: LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA

**Data do Acidente: 08/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

## Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA

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

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Autorização de pagamento</b> | Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada. |
|---------------------------------|---|

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

22aa 01567/01568 - carta 03 - INVAL IDEZ

00060784

Carta n° 15390684



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 16/10/2020 10:37:43  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101610374304800000011886920>  
Número do documento: 20101610374304800000011886920

Num. 12566089 Pág. 2



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

---

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200030097      Vítima: LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA

Data do Acidente: 08/10/2019      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA

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

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Autorização de pagamento</b> | Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada. |
|---------------------------------|---|

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.

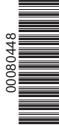
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00895/00896 - carta\_03 - INVALIDEZ



00080448

Carta nº 15397781



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 16/10/2020 10:37:43  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101610374304800000011886920>  
Número do documento: 20101610374304800000011886920

Num. 12566089 - Pág. 3

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

---

**Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200030097**      **Vítima: LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA**

**Data do Acidente: 08/10/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA**

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\$ 2.362,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

**Recebedor: LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA**

**Valor: R\$ 2.362,50**

**Banco: 001**

**Agência: 000001640-3**

**Conta: 000010083864-2**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

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

061.255.923-83

4 - Nome completo da vítima:

Alane Oliveira De Miranda

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

5 - Nome completo:

Alane Oliveira De Miranda

6 - CPF:

061.255.923-83

7 - Profissão:

Estudante

8 - Endereço:

CEP Bela Vista S/N 00-6 c-36

9 - Número:

36

10 - Complemento:

esca

11 - Bairro:

Bela vista

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64000-000

15 - E-mail:

eduanseguros@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(86) 99534-6565

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR

R\$1.00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:  Caixa

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

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

28 - Vítima

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

Sim

nascer (vai nascer)?

Não

31 - Vítima

Sim

teve irmãos?

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Sim

33 - Vítima deixou

Sim

Vivos:

Falecidos:

teve filhos?

Não

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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Teresina - PI 13/01/2020  
Alane Oliveira De Miranda

do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 16/10/2020 10:37:43  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101610374304800000011886920>  
Número do documento: 20101610374304800000011886920

Num. 12566089 - Pág. 6

# 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:  061.255.923-83 4 - Nome completo da vítima:  Liliane Oliveira de Miranda

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

|   |  |                                      |   |
|---|--|--------------------------------------|---|
| 5 - Nome completo: <input type="text"/> Liliane Oliveira de Miranda | 6 - CPF: <input type="text"/> 061.255.923-83                   |                                      |   |
| 7 - Profissão: <input type="text"/> Estudante                       | 8 - Endereço: <input type="text"/> C5 Bela Vista s/n 07-G C-36 | 9 - Número: <input type="text"/> 36  | 10 - Complemento: <input type="text"/> casa |
| 11 - Bairro: <input type="text"/> Bela Vista                        | 12 - Cidade: <input type="text"/> Teresina                     | 13 - Estado: <input type="text"/> PI | 14 - CEP: <input type="text"/> 64000-000    |
| 15 - E-mail: <input type="text"/> liliannedeoliveira20@hotmail.com  | 16 - Tel.(DDD): <input type="text"/> (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:

|   |  |  |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00       | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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:  1640 CONTA:  83.864 DIGITO:  0

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:  CONTA:

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

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

|  |   |  |  |   |   |
|--|---|--|--|---|---|
| 28 - Vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 31 - Vítima teve irmãos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
|--|---|--|--|---|---|

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

34

Assinatura  
de quem  
assina o  
pedido  
de rogo

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,  Teresina - PI, 04/02/2020



41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

o Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS



8393716442  
COMPANHIA DE DEPÓSITO EM POUPANÇA  
EM DINHEIRO

CLIENTE: LILIANE OLIVEIRA MIRANDA  
AGENCIA: 1640-3 CONTA: 83.864-0 VAR: 51

NR. AUTENTICAÇÃO 7.9E5.245.415.009.F37

Creditos a partir de 04/05/2012 estao  
disciplinados pela Lei 12.783.

LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,  
ENTRE OUTRAS INFORMACOES.





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

392 v. 1.1



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 100203.004161/2019-59

Complementar ao BO N°: 100203.004160/2019-04

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

Data/Hora: 12/11/2019 - 14:39

### DADOS DA OCORRÊNCIA

|                              |   |        |                     |                    |
|------------------------------|---|--------|---------------------|--------------------|
| Unidade Policial Responsável | DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO | 573025 | Data/Hora           | 08/10/2019 - 15:35 |
| Tipo Local                   | VIA PÚBLICA                                   |        | Bairro              | LOURIVAL PARENTE   |
| Município                    | TERESINA                                      |        |                     |                    |
| Endereço                     | BR 316, N°:                                   |        | Ponto de Referência |                    |
| Complemento                  |   |        |                     |                    |

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

|  |                                 |
|--|---------------------------------|
| Nome: LIDAURA OLIVEIRA DE MIRANDA          | Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante |
| RG: 3430157                                |                                 |
| Mãe: MARIA DA SOLIDADE OLIVEIRA DE MIRANDA |                                 |
| Endereço: QUADRA B, CASA 21, N°            |                                 |
| Bairro: BELA VISTA                         |                                 |
| Cidade: TERESINA                           |                                 |
| Telefone(s): 86-9947-7640                  |                                 |
| Nome: LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA          | Tipo Envolv.: VITIMA            |
| RG: 3557862                                |                                 |
| Mãe: MARIA SOLIDADE OLIVEIRA DE MIRANDA    |                                 |
| Endereço: QUADRA B, CASA 21, N°            |                                 |
| Bairro: BELA VISTA                         |                                 |
| Cidade: TERESINA                           |                                 |
| Telefone(s): 86-9544-5802                  |                                 |

### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

#### Natureza(s) da Ocorrência

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

### RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/BIZ,100, ANO 2013, PLACA PIJ-1638, PROPRIETARIA MARIA SOLIDADE OLIVEIRA DE MIRANDA, PASSAGEIRA ACIMA QUALIFICADA, RELATA QUE TRAFEGAVA NA BR 316, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO PAROU SEU VEICULO SEM SINALIZAR, ONDE A VITIMA QUE ESTAVA LOGO ATRÁS DESVIOU SUA MOTO, NO MESMO INSTANTE A CONDUTORA DO VEICULO TAMBÉM DESVIOU E COLIDIU COM A MOTO DA VITIMA, LESIONADA A VITIMA/CONDUTOR FOI LESIONADA, SOCORRIDA PELO SAMU, ENCAMINHADA PARA O HUT, PRONTUÁRIO 525155, PASSAGEIRA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, ENCAMINHADA PARA O HUT , PRONTUÁRIO 52512. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos - Mat.  
AGENTE DE POL'

*Lidaury O. de Miranda*  
LIDAURA OLIVEIRA DE MIRANDA - Noticiante  
Responsável pela Informação

*Lucy Keiko Leal Parába*  
Lucy Keiko Leal Parába  
Delegado Geral da Polícia Civil-PI  
Mat.: 196.331-7

Boletim de Ocorrência emitido em: 12/11/2019 13:39 - SisBO@2011-2019 ATI

Página 1/1

**AVERBAÇÃO AO BO100203.004161/2019-59**



AVERBA-SE ESTE B.O, PARA INFORMAR QUE O NOME DA VITIMA /NOTICIANTE É LIDAUANE OLIVEIRA DE NIRANDA E A QUADRA D . ERA O QUE TINHA A INFORMAR.

Teresina, 12/11/2019

Lidauane Oliveira de Miranda

LIDAUANE OLIVEIRA DE MIRANDA

Averbante

ALMIRALICE R. LEBRE CARLOS  
AGENTE. DE POLICIA



# 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:  061.255.923-83 4 - Nome completo da vítima:  Liliane Oliveira De Miranda

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:  061.255.923-83  
 7 - Profissão:  8 - Endereço:  25 Bela Vista s/n 00-6 c-36 9 - Número:  36 10 - Complemento:  casa  
 11 - Bairro:  12 - Cidade:  Teresina 13 - Estado:  PI 14 - CEP:  64000-000  
 15 - E-mail:  eduvansseguros@hotmail.com 16 - Tel.(DDD):  (86) 99534-6565

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:  19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):  
 Nome do BANCO:  Caixa

AGÊNCIA:  CONTA:   
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA:  7  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos:  30 - Vítima deixou Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos, informar Vivos:  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos:  33 - Vítima deixou Sim  Não país/avôs vivos?  Não

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

34

Informações  
digitais da  
vítima ou  
beneficiário  
não utilizadas

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data,  Teresina - PI 13/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

a do Representante Legal (se houver)

TESTEMUNHAS





|                               |  |  |   |  |  |                                       |  |
|-------------------------------|--|--|---|--|--|---------------------------------------|--|
| Dados do Chamado              | 01 Nº do chamado<br><b>1211</b>  | 02 Data do chamado<br><b>08/10/19</b>  | 03 PRO (código)<br><b>2896</b>  | 04 Saída do PA<br><b>15:10</b>   | 05 Chegada ao local<br><b>15:18</b>  |                                       |  |
| Local da Ocorrência           | 06 Saída do local<br><b>16:50h</b>   | 07 Chegada ao 1º hospital<br><b>16:55</b>  | 08 Saída do 1º hospital   | 09 Chegada ao 2º Hospital  |  |                                       |  |
| Dados do Paciente             | 10 Endereço<br><b>BP 316</b>   | 11 Bairro<br><b>L Parque</b>   | 12 Município-UF   | Código IBGE  |  |                                       |  |
|                               | 13 Ponto de referência<br><b>França</b>  |  |   |  |  |                                       |  |
| Dados do Paciente             | 14 Nome<br><b>Liliane Oliveira de Oliveira</b>   | 15 Sexo<br><input checked="" type="checkbox"/> 1 - Masculino<br><input type="checkbox"/> 2 - Feminino<br><input type="checkbox"/> 3 - Ignorado |   |  |  |                                       |  |
|                               | 16 Idade<br><b>22 anos</b><br><small>1-Dia<br/>2-Mês<br/>3-Anos<br/>9-Ignorado<br/>26/10/96</small>  | 17 Se idade ignorada, preencha com 999   | 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?<br><b>1-Sim</b> <input type="checkbox"/> <b>2-Não</b> <input type="checkbox"/> <b>9-Ignorado</b> <input type="checkbox"/>                              |  |  |                                       |  |
| Tipo de Ocorrência            | 18 Tipo de ocorrência<br><b>01 Acidente de transporte</b>  | 06 - Tentativa de suicídio   | 11 - Queda  | 16 - Outros <input type="checkbox"/>   |  |                                       |  |
|                               | 02 - Agressão física-espancamento  | 07 - Envenenamento   | 12 - Urgência clínica   | 17 - Já removido <input type="checkbox"/>  |  |                                       |  |
|                               | 03 - Agressão física-FAF   | 08 - Afogamento  | 13 - Urgência obstétrica  | 18 - Falso chamado <input type="checkbox"/>  |  |                                       |  |
|                               | 04 - Agressão física-FAB   | 09 - Queimadura  | 14 - Transferência  |  |  |                                       |  |
|                               | 05 - Urgência psiquiátrica   | 10 - Choque elétrico   | 15 - Exames complementares  |  |  |                                       |  |
| Acidente de Transporte        | 19 Vítima <input checked="" type="checkbox"/>  | 20 Meio de locomoção<br><b>2</b><br><small>1 - Pedestre<br/>2 - Condutor<br/>3 - Passageiro<br/>4 - Bicicleta</small>                          | 21 Outra parte envolvida<br><b>2</b><br><small>1 - A pé<br/>2 - Automóvel<br/>3 - Motocicleta<br/>4 - Ónibus/Micro-ônibus<br/>5 - Objeto fixo<br/>6 - Animal<br/>7 - Outra<br/>8 - Ignorado</small> | 22 Equipamentos de segurança<br><input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag<br><input type="checkbox"/> Cinto de segurança<br><input type="checkbox"/> Assento para criança |  |                                       |  |
| Exame Físico                  | 23 Glasgow = <b>15</b>   | RESPOSTA VERBAL<br><small>ABERTURA OCULAR<br/>1 - Espontânea<br/>2 - À voz<br/>3 - À dor<br/>4 - Nenhuma</small>                               | RESPOSTA MOTORA<br><small>5 - Orientada<br/>4 - Confusa<br/>3 - Palavras inapropriadas<br/>2 - Palavras incompreensíveis<br/>1 - Nenhuma</small>  | 24 Sinais Vitais<br><small>Pulso <b>84</b><br/>Resp. <b>18</b><br/>PA <b>134/90</b><br/>TAX. <b>99</b><br/>Sat <b>94</b></small>   | 25 Local da lesão<br>  |                                       |  |
|                               | 26 Pupilas <b>1</b><br><small>1 - Igualas<br/>2 - Desiguais</small>  | 27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/><br><small>1 - Cheio<br/>2 - Fino<br/>3 - Ausente</small>  | 29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10<br>  | 30 Fratura <b>1</b> - Sim <input checked="" type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <b>2</b> - Não <b>3</b> - Suspeito <input type="checkbox"/>   |  |                                       |  |
| Assistência                   | 31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)<br><small><input checked="" type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades<br/><input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar<br/><input checked="" type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica</small> | 32 Hospital de Destino <b>HUT</b>  | 33 Condições de entrada <b>2</b><br><small>1 - Melhorado<br/>2 - Piorando<br/>3 - Inalterado</small>  | 34 Óbito <b>0</b><br><small>1 - Sim<br/>2 - Não</small>  | <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte | <input type="checkbox"/> Não Removido |  |
| Observações Intergesidiplinar | <p>Recente sofreu colisão de moto com carro, apresentando ferimento na perna na região distal da panturrilha direita, contorcendo, com dificuldade de flexão direita. Conscientes, com lesão na perna direita, com dificuldade de locomoção, com capacidade de 200m. Pela 2913.</p>  |  |   |  |  |                                       |  |
|                               | <b>H</b>   | Socorristas<br>Médico<br>AE/TE<br><i>Cláudio Mendes Rodrigues<br/>035 310-1575</i>   | Enfermeiro<br>Condutor<br><i>Antônio</i>  |  |  |                                       |  |
|                               | Responsável pela recepção<br><b>EDNAN SOARES COUTINHO</b>  |  |   |  |  |                                       |  |



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

BOLETIM DE ENTRADA (BE) **NHCO** 10:00  
08/10/2019

Imp: 08/10/2019 17:03:41  
(User: FERNANDO COUTO)  
(Estação: GESSO02)

DADOS DO PACIENTE:

|   |                           |                           |
|---|---------------------------|---------------------------|
| Nome: <b>LLILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA</b>                               |                           | Prontuário: <b>525152</b> |
| Mãe: MARIA SOLIDADE OLIVEIRA DE MIRANDA                                 | Pai:                      |                           |
| End. Resid.: QD-B CASA-22 - BELA VISTA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010 |                           |                           |
| Nascimento: 26/10/1996  | Idade: 22a11m13d          | Sexo: Feminino            |
| Responsável: SAMEA DA SILVA SOUSA -AMIGA                                | CNS:                      |                           |
| Profissão:  | Documento: Reg.Nasc: 0000 |                           |
| 2. Instrução: Não informado   | E.Civil: Solteiro(a)      |                           |

DADOS DO ATENDIMENTO:

|  |                              |                 |                    |
|--|------------------------------|-----------------|--------------------|
| Código: <b>745461</b>  | Entrada: 08/10/2019 16:56:09 | Convênio: S U S | Proced: 0301060061 |
| Motivo da Procura<br>(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) |                              |                 |                    |
| Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU   |                              |                 |                    |

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

|  |                            |   |
|--|----------------------------|---|
| Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES   | Classificação: Dor intensa | Cor: <b>Laranja</b>   |
| Breve História Clas. Risco:<br>PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EM USO DE CAPACETE, ECG:15. FRATURA EXPOSTA EM MID COM DOR INTENSA. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA. |                            | SABRINA LOBAO C. MAIA DE SOUSA<br>COREN - 207590<br>Em: 08/10/2019 17:01:41 |

|   |               |                |                             |            |               |
|---|---------------|----------------|-----------------------------|------------|---------------|
| SSVV: (Hora: ____ : ____)   | Peso: 0,00 Kg | Altura: 0,00 M | IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup> | Pulso: bmp | Pressão: mmHg |
| Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:<br>trauma em perna direita<br>nega dor em outro local<br>rx/retorno<br><br><i>17:44 : fusions espessas</i> |               |                |                             |            |               |

|                      |               |                    |      |
|----------------------|---------------|--------------------|------|
| Diagnóstico Inicial: | <i>trauma</i> | <i>radiografia</i> | CID: |
|----------------------|---------------|--------------------|------|

|                        |                |          |
|------------------------|----------------|----------|
| Exames Complementares: | <i>ao c. c</i> | <i>W</i> |
|------------------------|----------------|----------|

|                    |  |                                       |
|--------------------|--|---------------------------------------|
| Prescrição Médica: | <i>860,9-1. radiografia 24/10/2019</i> | <b>RAIO-X REALIZADO</b>               |
|                    |  | <b>DATA</b> 08/10/19 <b>HORA</b> ____ |
|                    |  | <b>TÉCNICO:</b> ____                  |

|                              |             |           |
|------------------------------|-------------|-----------|
| Motivo da Alta/Encerramento: | DATA: / / . | HORA: : . |
| Internação nesta Unidade     |             |           |

|                                    |                                   |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| Assinatura Paciente ou Responsável | <i>FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA</i> |
|                                    | crm 3467 Em: 08/10/2019 17:03:40  |



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01640-3

CONTA: 000010083864-2

---

Nr. da Autenticação C5C783482E1CC1DE



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 16/10/2020 10:37:43  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101610374304800000011886920>  
Número do documento: 20101610374304800000011886920

Num. 12566089 - Pág. 14



Para contato  
conosco, informe  
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO  
0564758-4

EQUATORIAL PIAUÍ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B  
Regime especial de impressão autorizada pelo SEFAZ 06/98

CONTA MÊS VENCIMENTO CONSUMO (kWh) TOTAL A PAGAR (R\$)  
JANEIRO/2020 14-01-2020 197 191,24

Nº da Nota Fiscal 032391395

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

LUCILEIDE DO NASCIMENTO MATOS  
CJ BELA VISTA S/N QD G CASA 36 BELA VISTA  
CPF: 00028787790378  
CEP: 64.000-000 - TERESINA

ROT: 5.001.10.32.038600

| DADOS DA LEITURA             | kWh   | DATAS DA LEITURA            |
|------------------------------|-------|-----------------------------|
| Atual:                       | 25302 | Atual: 07/01/2020           |
| Anterior:                    | 25105 | Anterior: 07-12-2019        |
| Constante de Multiplicação:  | 1,000 | Próxima Leitura: 06-02-2020 |
| Consumo Medido:              | 197   | Emissão: 06-01-2020         |
| Consumo Faturado:            | 197   | Apresentação: 07-01-2020    |
| Forma de Faturamento: NORMAL | FCAM  | Dias de Consumo: 31         |

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |         |                |       |              |                |
|------------------------------|---------|----------------|-------|--------------|----------------|
| Classe/Subclasse             | Ligação | Número Medidor | Posto | Código Falt. | Média 12 meses |
| RESIDENCIAL                  | MONO    | A504512        |       | 1.1.1.1      | 130            |

| HISTÓRICO kWh   |     |  | DESCRIÇÃO DA CONTA                  |
|-----------------|-----|--|-------------------------------------|
| Mês/ano consumo |     |  | CONSUMO 197 A R\$ 0,839866 = 165,45 |
| DEZ/19          | 126 |  | CORR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 14,86 |
| NOV/19          | 196 |  | CORRECAO MONETARIA DA IL (2X) 0,12  |
| OUT/19          | 167 |  | CORRECAO MONETARIA IGPM (2X) 1,48   |
| SET/19          | 112 |  | MULTA POR ATRASO DE IL. (2X) 0,48   |
| AGO/19          | 102 |  | JUROS DE MORA ATRASO DE (2X) 0,25   |
| JUL/19          | 128 |  | MULTA POR ATRASO (2X) 5,65          |
| JUN/19          | 165 |  | JUROS POR ATRASO (2X) 2,95          |
| MAI/19          | 169 |  | ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 2,63   |
| ABR/19          | 135 |  |                                     |
| MAR/19          | 94  |  |                                     |

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
R\$ 197 - 0,839866

64.030-090  
cep

**NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM**  
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Esta fatura poderá ser parcelada conforme Artigo 113, parágrafo  
primeiro da Resolução ANEEL 414/2010.  
Parabéns! Até o dia 06-01-2020, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

Você pode notar pelos casos de vencimento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato com seu atendente.

RESERVADO AO FISCO 0811. F346.0757.680F.0741. EDC8.55CA. C1CA

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ |       | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |               |
|---------------------------|-------|-------------------------|---------------|
| Distribuição:             | 36,24 | Base de Cálculo:        | 165,45 129,05 |
| Energia:                  | 70,01 | Aliquota ICMS:          | 22,00%        |
| Transmissão:              | 11,84 | Valor do ICMS:          | 36,39         |
| Encargos:                 | 5,79  | Valor do PIS:           | 0,71% 0,92    |
| Tributos:                 | 41,57 | Valor do COFINS:        | 3,30% 4,26    |

| INDICADORES DE CONTINUIDADE |              |             |        |            |       |        |        |
|-----------------------------|--------------|-------------|--------|------------|-------|--------|--------|
| DIC                         |              | FIC         |        | DANC       |       | DICM   |        |
| Mensal                      | Sinuocentral | Anual       | Mensal | Trienal    | Anual | Mensal | Mensal |
| Limite                      | 5,08         | 10,15 20,30 | 3,43   | 6,85 13,70 | 2,86  |        |        |
| Realizado                   | 0,00         |             | 0,00   |            | 0,00  |        |        |
| Período de apuração:        |              |             |        | 11/2019    | EUSD: | 69,40  |        |

DET: 5.001.10.32.038600

SEU CÓDIGO 0564758-4 TOTAL A PAGAR - R\$ 191,24

equatorial  
ENERGIA

MÊS FATURADO 01/2020 VENCIMENTO 14-01-2020

Nº da Nota Fiscal: 032391395 FCAM

83640000001 1 91240017000 3 00000000564 5 75840120008 7



SEQ.: 00268 UC: 0564758-4 DT.LEIT.: 07/01/2020 T.ENTR.: 04  
LEITURA: 25302 NORMAL TOTAL: 191,24 CARGA: 032  
TODAS - 000 COLETOR: 1881

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 16/10/2020 10:37:43  
http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010161037430480000011886920  
Número do documento: 2010161037430480000011886920

Num. 12566089 - Pág. 15

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

<sup>2</sup> 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 Rose Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Liliane Oliveira de Miranda inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.255.923/83, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Liliane Oliveira de Miranda, inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.255.923/83, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurso Renda: Recurso e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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>Rue 24 de Janeiro</u> |        | Número                  | <u>544</u>             | Complemento | <u>Sala</u> |
| Bairro   | <u>Centro</u>            | Cidade | <u>Teresina</u>         |                        | Estado      | <u>PI</u>   |
| Email    |                          |        | Telefone comercial(DDD) | <u>(86) 99534-6565</u> |             |             |

Teresina, 13 de Janeiro de 2020  
 Local e Data

Nelle Rose Soares Marques  
 Assinatura do Declarante

01 V001/2017





|                              |  |   |  |  |                                     |  |
|------------------------------|--|---|--|--|-------------------------------------|--|
| Dados do Chamado             | 01 N° do chamado<br><b>1211</b>  | 02 Data do chamado<br><b>08/10/19</b>   | 03 PRO (código)<br><b>2896</b>   | 04 Saída do PA<br><b>15:10</b>   | 05 Chegada ao local<br><b>15:18</b> |  |
| Local da Ocorrência          | 06 Saída do local<br><b>16:50</b>  | 07 Chegada ao 1º hospital<br><b>16:59</b>   | 08 Saída do 1º hospital  | 09 Chegada ao 2º Hospital  |                                     |  |
| Dados do Paciente            | 10 Endereço<br><b>RD 316</b>   | 11 Bairro<br><b>Parque</b>  | 12 Município-UF  | Código IBGE  |                                     |  |
|                              | 13 Ponto de referência<br><b>Faro 2000</b>   |   |  |  |                                     |  |
|                              | 14 Nome<br><b>Liliane Oliveira de Oliveira</b>   | 15 Sexo<br><input checked="" type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Feminino<br><input type="checkbox"/> Ignorado  |  |  |                                     |  |
|                              | 16 Idade<br><b>22 Anos</b>   | 1-Dia<br>2-Mês<br>3-Anos<br>9-Ignorado  | Se idade ignorada, preencha com 999  | 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?<br>1-Sim<br>2-Não<br>9-Ignorado                     |                                     |  |
| Tipo de Ocorrência           | 18 Tipo de ocorrência<br><br>01-Accidente de transporte<br>02-Agressão física-espancamento<br>03-Agressão física-FAF<br>04-Agressão física-FAB<br>05-Urgência psiquiátrica   | 06-Tentativa de suicídio<br>07-Envenenamento<br>08-Afogamento<br>09-Quimadura<br>10-Choque elétrico   | 11-Queda<br>12-Urgência clínica<br>13-Urgência obstétrica<br>14-Trasferência<br>15-Exames complementares                                   | 16-Outros  |                                     |  |
| Acidente de Transporte       | 19 Vítima<br>1-Pedestre<br>2-Condutor<br>3-Passageiro<br>9-Ignorado  | 20 Meio de locomoção<br>1-A pé<br>2-Automóvel<br>3-Motocicleta<br>4-Bicicleta   | 21 Outra parte envolvida<br>1-Automóvel<br>2-Motocicleta<br>3-Ônibus/Micro-ônibus<br>4-Bicicleta   | 22 Equipamentos de segurança<br>Capacete<br>Airbag<br>Cinto de segurança<br>Assento para criança |                                     |  |
| Exame Físico                 | 23 Glasgow = <b>15</b>   | RESPOSTA VERBAL<br>5-Orientada<br>4-Confusa<br>3-Palavras inapropriadas<br>2-Palavras incompreensíveis<br>1-Nenhuma   | RESPOSTA MOTORA<br>6-Obedece a comandos<br>5-Localiza dor<br>4-Movimento de retirada<br>3-Flexão anormal<br>2-Extensão anormal<br>1-Nenhum | 24 Sinais Vitais<br>Pulso <b>84</b><br>Resp.<br>PA <b>134/90</b><br>TAX.<br>Sat2 <b>94</b>       | 25 Local da lesão                   |  |
| Assistência                  | 26 Pupilas<br>1-Igualas<br>2-Desiguais   | 27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/><br>1-Cheio<br>2-Fino<br>3-Ausente  | 28 Sangramento<br>1-Sim<br>2-Não   | 29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10<br>0 Leve<br>3 Moderada<br>7 Intensa<br>10                            |                                     |  |
| Hospital de Destino          | 30 Fratura<br>1-Sim<br>2-Não   | 31 Procedimentos realizados (1-Sim 2-Não)<br>Aspiração<br>Oxigênio<br>Curativos<br>Prancha longa/curta<br>Colar cervical<br>Kred<br>Imobilização de extremidades<br>Reanimação cardiopulmonar<br>Assistência obstétrica | 32 Hospital de Destino <b>UT</b>   | 33 Condições de entrada<br>1-Melhorado<br>2-Piorando<br>3-Inalterado                             | 34 Óbito<br>1-Sim<br>2-Não          |  |
| Observações Interdisciplinar | <p><i>Deixante o seu colar de natação com caro aperto, o que causou expor a sua cabeça diretamente ao fogo, queimando completamente a sua cabeça, nega fumar de cigarros, nega capacete, fumo os R\$ 500,00 por mês.</i></p> |   |  |  |                                     |  |
|                              | Socorristas<br>Médico<br>AE/TE   | Chácara Rodrigues<br>Cel 9515-3707  | Enfermeiro<br>Condutor   |  |                                     |  |
|                              | Responsável pela recepção<br><b>H</b>  |   |  |  |                                     |  |





NOME DO PACIENTE: Biluane Oliveira de Moraes  
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 525152

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





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

BOLETIM DE ENTRADA (BE) NHE0 10:00  
 08/10/2019

DADOS DO PACIENTE:

|   |                 |                                    |
|---|-----------------|------------------------------------|
| Nome: LLILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA                                      |                 | Prontuário: 525152                 |
| Mãe: MARIA SOLIDADE OLIVEIRA DE MIRANDA                                 | Pai:            |                                    |
| End. Resid.: QD-B CASA-22 - BELA VISTA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010 |                 |                                    |
| Nascimento: 26/10/1996  | Idade: 22a1m13d | Sexo: Feminino Fone: 86-99972-9049 |
| Responsável: SAMEA DA SILVA SOUSA - AMIGA                               |                 | CNS:                               |
| Profissão:  |                 | Documento: Reg.Nasc: 0000          |
| N. Instrução: Não informado   |                 | E.Civil: Solteiro(a)               |

DADOS DO ATENDIMENTO:

|   |                              |                 |                    |
|---|------------------------------|-----------------|--------------------|
| Código: 745461  | Entrada: 08/10/2019 16:56:09 | 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:  | Classificação: | Cor:  |
| DORES EM EXTREMIDADES   | Dor intensa    | Laranja   |
| Pequena História Clas. Risco:<br>PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EM USO DE CAPACETE, ECG:15. FRATURA EXPOSTA<br>EM MID COM DOR INTENSA. DESCONHECE ALÉRGIA MEDICAMENTOSA. |                | SABRINA LOBAO C. MAIA DE SOUSA<br>COPEN - 207590<br>Em: 08/10/2019 17:01:41 |

|  |                |                             |         |               |
|--|----------------|-----------------------------|---------|---------------|
| SSVV: (Hora: ____ : ____)                      |                |                             |         |               |
| Peso: 0,00 Kg                                  | Altura: 0,00 M | IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup> | P脉: bsp | Pressão: mmHg |
| Anamnese Principal / Dados Clínicos / Conduta: |                |                             |         |               |
| Trauma em perna direita                        |                |                             |         |               |
| Nega dor em outro local                        |                |                             |         |               |
| Rx/retorno                                     |                |                             |         |               |
| 17:44 : fratura exposta                        |                |                             |         |               |
| Anamnese Inicial: 680                          |                |                             |         |               |

|                        |                       |   |
|------------------------|-----------------------|---|
| Exames Complementares: | Ac. C. C              | RAIO-X RÉALIZADO<br>DATA: 08/10/19 HORA: 24<br>TÉCNICO: _____ |
| Prescrição Médica:     | 860.1.1 - real. dm 24 |   |

|                              |           |           |
|------------------------------|-----------|-----------|
| Motivo da Alta/Encerramento: | DATA: / / | HORA: : : |
| Internação nesta Unidade     |           |           |

Imatura Paciente ou Responsável

FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA  
 CRM 3467 Em: 08/10/2019 17:03:40





RESCRIÇÃO MÉDICA

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 16/10/2020 10:37:43  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101610374304800000011886920>  
Número do documento: 20101610374304800000011886920

Num. 12566089 - Pág. 20





## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

|                            |  |               |
|----------------------------|--|---------------|
| Nome do Paciente           |  |               |
| Liliane Oliveira de Mendes |  |               |
| Diagnóstico pré-operatório |  |               |
| Fratura exposta fibula     |  |               |
| Operação - Tipo            |  |               |
| Fratura exposta fibula     |  |               |
| Cirurgião(a)               | Ortopedia e Traumatologia<br>CRM: 3785 - TEOT: 11305 | 1º Assistente |
| 2º Assistente              |  | 3º Assistente |
| Instrumentador(a)          | Ház  | Anestesista   |
| Dr. Ricardo Valente        |  |               |
| Anestesia                  |  |               |
| Anestésico(a)              |  |               |
| Data da Operação           |  | Inicio        |
| 08/10/19                   |  | 19:40         |
| Fim                        |  | 20:30         |
| Diagnóstico Pós-operatório |  |               |
| Fratura exposta            |  |               |

Relatório imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

### DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Operação realizada        |  |
| Ligadura                  |  |
| Sutura                    |  |
| Drenagem                  |  |
| Fechamento                |  |
| Assinatura do Cirurgião   |  |
| Dr. Ricardo Valente       |  |
| Ortopedia e Traumatologia |  |
| CRM: 3785 - TEOT: 11305   |  |





# Braga & Braga Importação e Exportação

0862

COMUNICAÇÃO DE USO DE ORTESES E PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

| BRAGA&BRAGA                      |                             | CNPJ:63607790000198 |            |     |
|----------------------------------|-----------------------------|---------------------|------------|-----|
| FABRICANTE:                      | Prantírio: 525152           | CNPJ:               |            |     |
| PACIENTE:                        | Liliane Oliveira de Miranda |                     |            |     |
| RG.HOSPITAL:                     | HUT.                        | COD.SIG TAP:        | 0702030406 |     |
| DATA:                            | 08.10.2019                  | ALTA:               | USADO:     |     |
| PROCEDIMENTO:                    | Fratura da tíbia ①          |                     |            |     |
| MEDICO:                          | Dr. Ricardo                 | CPF:                | CRM:       |     |
| Produtos Utilizados/Implantados: |                             |                     |            |     |
| NOME                             | MODELO                      | TIPO                | Série Lote | QTD |

01 F sadan Extra no

04

ORTONINTERE IND. E COM. LTDA  
Tel. (41) 3205-5217  
FAX/ODI LAR FIX DE SANTA CRUZ  
FAX/ODI EXTERNO LAR/FIX  
Av. Antônio Carlos, 1000  
38100-000  
Banc. Santander: CARLOS M. NAKAMURA / C/C 3001529873  
E-mail: [toni@toni.com.br](mailto:toni@toni.com.br)

**Responsável Pelo Preenchimento:**

Data: 08 / 10 / 19

Responsável pela Farmácia

### responsável pelo Preenchimento





**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA  
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

|   |                          |                       |
|---|--------------------------|-----------------------|
| 1-Nome do estabelecimento solicitante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b> | 2-CNES<br><b>5828856</b> | Código da Internação: |
| 2-Nome do estabelecimento executante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>  | 4-CNES<br><b>5828856</b> | <b>249229</b>         |

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

|  |                               |
|--|-------------------------------|
| 5-Nome: <b>LLILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA</b>                | 6 - Frontuário: <b>525152</b> |
| 7-CNS: <b>8-Nascimento: 26/10/1996</b>                     | 9-Sexo: <b>Feminino</b>       |
| 11-Mae: <b>MARIA SOLIDADE OLIVEIRA DE MIRANDA</b>          | 12-Fone: <b>86-99972-9049</b> |
| 13-Resp: <b>SAMEA DA SILVA SOUSA -AMIGA</b>                | 14-Fone: <b>86-99972-9049</b> |
| 15-Ende: <b>QD-B CASA-22 - BELA VISTA - CEP: 64000-010</b> | 17-Cod.IBGE: <b>221100</b>    |
| 16-Munic: <b>TERESINA</b>                                  | 18-UF: <b>PI</b>              |
|  | 19-CEP: <b>64000-010</b>      |

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

|   |  |                                |
|---|--|--------------------------------|
| 31-Cod.Proced.Princip.<br><b>0408050500</b>                   | 30 - Procedimento Principal / Descrição:<br><b>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA</b> |                                |
| 31-Cod.Procedimento Especial<br><b>0702030406</b>             | 32 - Descrição do Procedimento Especial:<br><b>FIXADOR EXTERNO LINEAR</b>                              | Quant. Soli-cidat:<br><b>1</b> |
| <b>Fornecedor da OPM: BRAGA &amp; BRAGA</b>                   |  |                                |
| <i>Carimbo da OPM e especialista</i>                          |  |                                |
| 38-Profissional Responsável:<br><b>RICARDO SOARES VALENÇA</b> | 40-Tp. Documento:<br><b>CPF</b>  |                                |
| 39-Data Solicitação:<br><b>08/10/2019</b>                     | 40-No.Doc. Méd. Solic.:<br><b>787.098.575-91</b>   | 41-Ass. Carimbo Méd.Sol. (CRM) |
| <b>JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b>                           |  |                                |
| <i>Justificativa da solicitação</i>                           |  |                                |

**AUTORIZAÇÃO**

|  |   |                               |
|--|---|-------------------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador:                           | 47-Data Autorização:<br><b>/ /</b>        | 48-CNS/CPF:                   |
| 51-Justificativa da 'NÃO' autorização:                           |   |                               |
|  |   | 49-Ass. Carimbo (Rg.Conselho) |
| 50- Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria | 51-Data Autorização:<br><b>08/10/2019</b> | 52-CNS/CPF:                   |
|  |   | 53-Ass. Carimbo (Rg.Conselho) |
|  |   | <b>(LAYLA MORAIS)</b>         |



**BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO**

|                            |  |                |  |
|----------------------------|--|----------------|--|
| NOME DO PACIENTE:          |  | DATA           |  |
| Hilma Oliveira de Oliveira |  | 08 / 10 / 12   |  |
| DIAGNÓSTICO:               |  | PRONTUÁRIO Nº: |  |
| Reumatite articular        |  | 525352         |  |
| ANESTESIA:                 |  | CIRURGIA:      |  |
| Racine                     |  | Feyra joint    |  |
| CIRURGÃO:                  |  | Nº DA SALA:    |  |
| Dr. Ricardo Valente        |  | Cir 1002       |  |
| AUXILIAR:                  |  | CPF Nº:        |  |
| Dr. Fábio Sog              |  | 11.000.000-00  |  |
| ANESTESIA:                 |  | CPF Nº:        |  |
| Dr. Hilma                  |  | 11.000.000-00  |  |
| INSTRUMENTADORA:           |  | CPF Nº:        |  |
| Hilma                      |  | 11.000.000-00  |  |

**MATERIAL DE CONSUMO**

| DISCRIMINAÇÃO           | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO        | UNID.  | QUANT. | PREÇO |
|-------------------------|-------|--------|-------|----------------------|--------|--------|-------|
| AGULHA 25X8             | UNID. | 01     |       | LÂMINA DE BISTURI    | UNID.  | 01     |       |
| AGULHA 30X8             | UNID. | -      |       | LUVA Nº 6,5/7,5      | PAR    | 02     |       |
| AGULHA 40X12            | UNID. | 01     |       | LUVA Nº 8,0          | PAR    | 02     |       |
| AGULHA RAQUE            | UNID. | 01     |       | LUVA DE PROCEDIMENTO | PAR    | 02     |       |
| ÁLCOOL 70%              | ML    | 200    |       | PVPI DE GERMANTE     | ML     | 100    |       |
| ALGODÃO                 | BOLA  | -      |       | PVPI TÓPICO          | ML     | 100    |       |
| ÁGUA OXIGENADA          | ML    | 100    |       | PVPI TINTURA         | ML     | -      |       |
| COMPRESSA               | PAC.  | 05     |       | SERINGA 20CC         | UNID.  | 01     |       |
| EQUIPO MACHO-GOTA       | UNID. | -      |       | SERINGA 10CC         | UNID.  | 01     |       |
| ESPARADRAPO             | CM    | 20     |       | SERINGA 5CC          | UNID.  | 01     |       |
| ESCALPE Nº              | UNID. | -      |       | SERINGA 3CC          | UNID.  | 01     |       |
| FORMOL                  | ML    | -      |       | SORO FISIOLÓGICO     | FRASCO | 04     |       |
| GASES                   | PAC.  | 08     |       | SONDA URETRAL        | UNID.  | -      |       |
| JELCO Nº                | UNID. | -      |       |                      |        |        |       |
| FIOS                    | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA           |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG. |       |        |       | Eletrodos - 05       |        |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. |       |        |       | Escovas - 02         |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG. |       |        |       | Cicatriz - 03        |        |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG. |       |        |       |                      |        |        |       |
| ALCOFIL                 |       |        |       |                      |        |        |       |
| MONONYLON               | 2.0   | 0.2    |       |                      |        |        |       |
| FITA UMBILICAL          |       |        |       | ENFERMARIA:          |        |        |       |
| VICRYL                  |       |        |       | CIRCULANTE:          |        |        |       |
| PROLENE                 |       |        |       |                      |        |        |       |



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Octo Tito 1620 - Redenção - Fone: 86 3218 5445  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 - CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Número: **LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA** (Prontuário: **525152**)  
 Endereço: QD-B CASA-22 - BELA VISTA - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 26/10/1996 Idade: 22a11m20d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 745461  
 Requisição: 1009989 Solicitação: 08/10/2019 Solicitante: FERNANDO COUTO DE OLIVEIRA  
 Controle: 1330167 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 08/10/2019

#### PERNA DIREITA

- estudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.
- os seguintes aspectos observados:
  - Fraturas transversas completas recentes desalinhadas na diáfise da tibia e fibula.
  - Aumento de volume de partes moles.

TERESINA - PI 15/10/2019

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes de Moraes  
 Matr. 47390  
 SAME - HUT  
 CONFERE COM O ORIGINAIS





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

Page: 1 of 1

## LAUDO MÉDICO

|             |  |                         |                                     |                         |
|-------------|--|-------------------------|-------------------------------------|-------------------------|
| paciente:   | <b>LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA</b> (Prontuário: 525152)  |                         |                                     |                         |
| Endereço:   | QD-B CASA-22 - BELA VISTA - TERESINA - PI CEP: 64000-010 |                         |                                     |                         |
| Residente:  | 26/10/1996   | Idade: 22a11m20d        | Sexo: Feminino                      | Origem: INTERNAÇÃO      |
| Residência: | 1010106  | Solicitação: 08/10/2019 | Solicitante: RICARDO SOARES VALENÇA |                         |
| Convênio:   | 1330381  | Convênio: SUS           | CLINICA ORTOPEDICA - P11            | ENFERMARIA 238 LEITO 40 |

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 08/10/2019

#### PERNA DIREITA

Uma escudo radiológico da perna direita foi realizado nas incidências em pa/perfil. Os seguintes aspectos observados:

- Fraturas recentes alinhadas na diáfise dos ossos da perna com presença de fixador externo na tibia.
- Aumento de volume de partes moles.

TERESINA - PI 15/10/2019

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 16/10/2020 10:37:43  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101610374304800000011886920>  
Número do documento: 20101610374304800000011886920

Num. 12566089 - Pág. 28

Joana Lúcia Mendes de Melo  
Matrícula: 47390  
SAME - HUT  
FERE COM CÓDIGO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 16/10/2020 10:37:43  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101610374304800000011886920>  
Número do documento: 20101610374304800000011886920

Num. 12566089 - Pág. 29



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 16/10/2020 10:37:43  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101610374304800000011886920>  
Número do documento: 20101610374304800000011886920

Num. 12566089 - Pág. 30



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 16/10/2020 10:37:43  
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101610374304800000011886920>  
Número do documento: 20101610374304800000011886920

Num. 12566089 - Pág. 31

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200030097      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA      **Data do acidente:** 08/10/2019      **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/02/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TIBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG.6/7/9\_CIRURGIA.

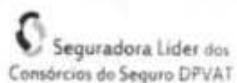
**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

| <b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>                    | <b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b> | <b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b> | <b>% Apurado</b> | <b>Indenização pelo dano</b> |
|---|---|---|------------------|------------------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %  | Em grau leve - 25 %   | 17,5%            | R\$ 2.362,50                 |
|   |   | <b>Total</b>  | <b>17,5 %</b>    | <b>R\$ 2.362,50</b>          |



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0025579/20

**Vítima:** LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA

**CPF:** 061.255.923-83

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 08/10/2019

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Titular do CPF:** LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA

### 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

**LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA : 061.255.923-83**

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](http://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: 17/01/2020  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2020  
Nome: Danielle Nóbrega de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nóbrega de Sousa



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200030097      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA      **Data do acidente:** 08/10/2019      **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/02/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TIBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG.6/7/9\_CIRURGIA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

| <b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>                    | <b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b> | <b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b> | <b>% Apurado</b> | <b>Indenização pelo dano</b> |
|---|---|---|------------------|------------------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %  | Em grau leve - 25 %   | 17,5%            | R\$ 2.362,50                 |
|   |   | <b>Total</b>  | <b>17,5 %</b>    | <b>R\$ 2.362,50</b>          |



### PROCURAÇÃO PARTICULAR

#### OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

|  |                        |                        |
|--|------------------------|------------------------|
| NOME: <i>Liliane Oliveira de Miranda</i> |                        |                        |
| RG: 3.557.862                            | ORG. EMISSOR: SSS/PI   | D. EXPEDIÇÃO: 03/03/11 |
| CPF: 661.255.923-83                      | ESTADO CIVIL: Solteira | PROFISSÃO: Estudante   |
| ENDEREÇO: C5 Bela vista SIN QD-6 l-36    | Nº: 36                 |                        |
| COMPLEMENTO: Base                        | BAIRRO: Bela vista     |                        |
| CIDADE: Teresina                         | ESTADO: Piauí          | CEP: 64000-000         |
| TELEFONE:                                |                        |                        |

#### OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

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

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E 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:

*Liliane Oliveira de Miranda*

Data do acidente de trânsito: 08/01/2020

Cobertura da vítima: Transtorno

3º OFÍCIO

LOCAL / DATA: 13/01/2020

*Liliane Oliveira de Miranda*

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 16/10/2020 10:37:43  
<http://tjpi.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101610374304800000011886920>  
Número do documento: 20101610374304800000011886920

Num. 12566089 - Pág. 36

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

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

|   |                               |   |
|---|-------------------------------|---|
| NOME: <u>Liliane Oliveira de Miranda</u>      |                               | D. EXPEDIÇÃO: <u>03/03/11</u>           |
| RG: <u>3.557.862</u>                          | ORG. EMISSOR: <u>SSPIPI</u>   | PROFISSÃO: <u>Estudante</u>             |
| CPF: <u>061.255.923-83</u>                    | ESTADO CIVIL: <u>Solteira</u> |   |
| ENDEREÇO: <u>CS Bela vista SIN 07-6 l- 36</u> |                               | Nº: <u>36</u>                           |
| COMPLEMENTO: <u>case</u>                      | BAIRRO: <u>Bela vista</u>     |   |
| CIDADE: <u>Teresina</u>                       | ESTADO: <u>Piauí</u>          | CEP: <u>64000-000</u> TELEFONE: <u></u> |

**OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)**

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

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 :

Liliane Oliveira de Miranda

*Data do acidente de trânsito:* 08/09/2020

Cobertura da vitima : Truáldes

3005 LOCAL / DATA: 13/04/2020

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0025579/20

**Vítima:** LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA

**CPF:** 061.255.923-83

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 08/10/2019

**CPF de:** Próprio  
**Titular do CPF:** LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA

### 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

#### LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA : 061.255.923-83

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](http://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: 17/01/2020  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2020  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0025579/20

**Número do Sinistro:** 3200030097

**Vítima:** LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA

**CPF:** 061.255.923-83

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 08/10/2019

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Titular do CPF:** LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

**NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91**

Procuração

### 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](http://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: 21/01/2020  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/01/2020  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

---

NELLE ROZE SOARES MARQUES

---

Danielle Nobre de Sousa



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 16/10/2020 10:37:43  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101610374304800000011886920>  
Número do documento: 20101610374304800000011886920

Num. 12566089 - Pág. 39