

Browser tabs: Email - Alana L..., Controle de d..., Sistema SAJ..., Audiências..., Acesso 1º Grau..., Consulta proc..., 0821546-73.20..., Baixar o arquiv...

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=572414&ca=e24f862a458cf7572ce14e7c5929db...

Navigation bar: Apps, Processo Virtual Na..., Administrativos, Portal do Advogado, Google, Nova guia, Meu INSS, [bb.com.br], Zimbra: Movimenta..., PJE 1º, Publicações

Header: **PJE** ProceComCiv 0821546-73.2020.8.18.0140
LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO S...

Page Title: 12566085 - CONTESTAÇÃO (2757919 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 16/10/2020 10:37:44

Left Sidebar: 16 Oct 2020
JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
12566080 - CONTESTAÇÃO
12566085 - CONTESTAÇÃO (2757919 CONTESTACAO 01)
12566089 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
12566090 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
12566343 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
12566344 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

Main Content: downloadBinario.seam 1 / 10
2757919- C3/ 2020-03838/ INVALIDEZ
JOÃO BARBOSA
ADVOCADOS ASSOCIADOS
EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Taskbar: PT 10:37 16/10/2020



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	
LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA (AUTOR)		GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12566089	16/10/2020 10:37	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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

Rio de Janeiro, 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, 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

Carta nº 15390683

Pag. 01431/01432 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 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:

Autorização de pagamento	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. 01567/01568 - carta_03 - INVALIDEZ

00060784



Carta nº 15390684





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

Rio de Janeiro, 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:

Autorização de pagamento	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

00890448



Carta nº 15397781





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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

061.255.923-83 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: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

Liliane Oliveira De Miranda 061.255.923-83 Estudante 05 Bela Vista S/N 00-6 C-36 36 Casa Bela Vista Teresina PI 64000-000 edsonseguros@hotmail.com (86) 99534-6565

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ 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)

AGÊNCIA: 2004 CONTA: 34762 7 (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Assinatura do Representante Legal: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 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: Liliane Oliveira De Miranda 6 - CPF: 061.255.923-83
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Rua Vista SIN 00-G-36 9 - Número: 36 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Bela Vista 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000
15 - E-mail: lilianeoliveira20@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1640 3 CONTA: 83.864 0 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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

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, 04/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

o Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



04/02/2020
839718442

BANCO DO BRASIL

14:17:08
0164

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUPANCA
EM DINHEIRO

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

DATA 04/02/2020
NR. DOCUMENTO 83.971.844.200.154
VALOR DINHEIRO
VALOR TOTAL

NR. AUTENTICACAO 7.9E5,245,A15.0C9,F37

Creditos a partir de 04 05 2012 estao
disciplinados pela Lei 12.703.

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 Nº: 100203.004161/2019-59

Complementar ao BO Nº: 100203.004160/2019-04

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almirallice 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

Município

TERESINA

Endereço

BR 316, Nº:

Complemento

Bairro

LOURIVAL PARENTE

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: LIDAURA OLIVEIRA DE MIRANDA

RG: 3430157

Mãe: MARIA DA SOLIDADE OLIVEIRA DE MIRANDA

Endereço: QUADRA B, CASA 21, Nº

Bairro: BELA VISTA

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9947-7640

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA

RG: 3557862

Mãe: MARIA SOLIDADE OLIVEIRA DE MIRANDA

Endereço: QUADRA B, CASA 21, Nº

Bairro: BELA VISTA

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9544-5802

Tipo Envolv.: VITIMA

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 CONDUTOR 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.

Almirallice Ribeiro Lebre Carlos - Mat.
AGENTE DE POL

Lidaura Oliveira de Miranda
LIDAURA OLIVEIRA DE MIRANDA - Noticiante
Responsável pela Informação

Luccy Keiko Leal Parada
Delegada Geral de Polícia CIVIL-PI
Mat.: 196.333-7

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: Liliane Oliveira De Miranda 6 - CPF: 061.255.923-83
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: 05 Bela Vista S/Nº 00-6 C-36 9 - Número: 36 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Bela Vista 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000
15 - E-mail: edsonseguros@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: 0004 CONTA: 34762 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a 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) ☐ 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 (vairascos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Assinatura digital da vítima/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 13/01/2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

a do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado 1211	02 Data do chamado 08/10/19	03 PRO (código) 2854	04 Saida do PA 15:10	05 Chegada ao local 15:18
	06 Saida do local 16:50	07 Chegada ao 1º hospital 16:55	08 Saida do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço BR 316	11 Bairro L. Parante	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência Frio do ole				
Dados do Paciente	14 Nome Liliane Oliveira de Miranda	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado			
	16 Idade 22 anos 1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Acidente de Transporte	19 Vitima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete Cinto de segurança Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma		RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		24 Sinais Vitais Pulso 84 Resp. 13/40 TAX. 94%
	25 Local da lesão				
Assistência	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais		27 Pulso Radial Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		
	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não		29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		
Hospital de Destino	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não		31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)		
	32 Hospital de Destino 1 - UT		33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado 34 Óbito 1 - Sim 2 - Não 1 - Antes do socorro 2 - Antes do transporte 3 - Durante o transporte		
Observações Interdisciplinar	35 Observações Interdisciplinar				
	Paciente sofreu colisão de veículo com carro apó... apresentando ferimentos superficiais na região da cabeça... para a fila de socorro. Contato com a equipe de emergência... para a remoção do paciente. Foi encaminhado para o Hospital... pelo 192.				
Responsável pela recepção		Socorristas Médico AE/TE		Enfermeiro Condutor	

Responsável pela recepção

Socorristas Médico
AE/TE

Cleto Mendes Rodrigues
Socorrista 575-378-TE

Enfermeiro
Condutor

Antônio



**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)

Imp: 08/10/2019 17:03:41

(User: FERNANDO COUTO)

(Estação: GESS002)

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:	22a11m13d
Sexo:	Feminino	Fone:	86-99972-9049
Responsável:	SAMEA DA SILVA SOUSA -AMIGA	CNS:	
Profissão:		Documento:	Reg.Nasc: 0000
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:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Dor intensa	Laranja
Breve História Clas. Risco:		
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EM USO DE CAPACETE, ECG:15. FRATURA EXPOSTA EM EM MID COM DOR INTENSA. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA.		
		SABRINA LOBAO C. MAIA DE SOUSA COREN - 207590 Em: 08/10/2019 17:01:41

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

trauma em perna direita

nega dor em outro local

rx/retorno

17:44: fratura exposta

Diagnóstico Inicial:**Exames Complementares:****Prescrição Médica:**

sfv, r.1. realizada 24/10

RAIO-X REALIZADO
DATA 08/10/19 HORA
TÉCNICO:**Motivo da Alta/Encerramento:**

Internação nesta Unidade

DATA:

HORA:

Assinatura Paciente ou Responsável

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

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

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





Para contato conosco, informe esse NÚMERO!!!

SEU CÓDIGO

0564758-4

EQUATORIAL PIAUI 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-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ/PI/2018

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.

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

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		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	Dias de Consumo:	31
Código de Irregularidade:	FCAM		

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

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

TARIFA SEX TRIBUTOS:
0 A 197 - 0,528740

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIQUE 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.

Reservado ao Fisco 081F.F346.D757.6BDF.0741.EDC8.55CA.C1CA

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

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	DIC			FIC			DNC		DICI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	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		
Conjunta	TERESINA			Período de apuração:			11/2019	EUSD:	69,40

ROT: 5.001.10.32.038600



EQUATORIAL PIAUI 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

SEU CÓDIGO

0564758-4

MÊS FATURADO

01/2020

Nº da Nota Fiscal: 032391395

TOTAL A PAGAR - R\$

191,24

VENCIMENTO

14-01-2020

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
TDEG: 0000 COLETOR: 1881



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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário 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: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua 24 De Janeiro</u>		<u>544</u>	<u>Sala</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Teresina</u>	<u>PI</u>	<u>64000-235</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
			<u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 13 de Janeiro de 2020
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

Dados do Chamado	01 Nº do chamado 1211	02 Data do chamado 08/10/19	03 PRO (código) 2856	04 Saída do PA 15:10	05 Chegada ao local 15:18
	06 Saída do local 16:50	07 Chegada ao 1º hospital 16:55	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço BR-316	11 Bairro L. Parante	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência Frio mole				
Dados do Paciente	14 Nome Liliane Oliveira de Miranda	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado	16 Idade 22 anos 26/10/96 1 - Dia 2 - Mês 3 - Anos 9 - Ignorado		
	Se idade ignorada, preencha com 999		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espandimento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Tipo de Transporte	19 Vitima		20 Meio de locomoção		21 Outra parte envolvida
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 8 - Ignorado		1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado		1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado
Exame Físico	23 Glasgow = 15		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
	ABERTURA OCULAR 1 - Espontânea 2 - A voz 3 - A dor 1 - Nenhuma		RESPOSTA VERBAL 1 - Orientada 2 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 4 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		RESPOSTA MOTORA 1 - Obedece a comandos 2 - Localiza dor 3 - Movimento de retirada 4 - Flexão anormal 5 - Extensão anormal 1 - Nenhum
Assistência	26 Pupilas		27 Pulso Radial		28 Sangramento
	1 - Iguais 2 - Desiguais		1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		1 - Sim 2 - Não
Hospital de Destino	29 Escala de Dor de 0 a 10		30 Fratura		31 Procedimentos realizados
	0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa 4 - 5		1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito		1 - Aspiração 2 - Prancha longa/curta 3 - Colar cervical 4 - Kred 5 - Imobilização de extremidades 6 - Reanimação cardiopulmonar 7 - Assistência obstétrica
Observações Interdisciplinar	32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada		34 Óbito
	1 - UT 2 - UT		1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado		1 - Sim 2 - Não 3 - Durante o transporte
Paciente sofreu colisão de moto com carro am- parado por uma pessoa na rua. Paciente não se movia. Foi socorrido e encaminhado para o hospital de destino. Paciente não se movia. Foi socorrido e encaminhado para o hospital de destino. Foi socorrido e encaminhado para o hospital de destino.					
Responsável pela recepção: _____ Socorristas: Médico _____, Enfermeiro _____, Condutor _____ AE/TE: _____					





NOME DO PACIENTE: Leiliane Oliveira de Moura
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 525152

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



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 09.522.917/0022-02

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**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: 22a11m13d	Sexo: Feminino Fone: 86-99972-9049
Responsável: SAMEA DA SILVA SOUSA -AMIGA	CNS:	
Profissão:	Documento: Reg.Nasc: 0000	
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: FRATURAS EM EXTREMIDADES	Classificação: Dor intensa	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, EM USO DE CAPACETE, ECG:15. FRATURA EXPOSTA NA EM MID COM DOR INTENSA. DESCONHECE ALERGIA MEDICAMENTOSA.		SABRINA LOBAO C. MAIA DE SOUSA COREN - 207590 Em: 08/10/2019 17:01:41

SSVV: (Hora: ____ : ____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bmp Pressão: mmHg
Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: trauma em perna direita nega dor em outro local rx/retorno 17:44 : fratura exposta			
Diagnóstico Inicial: fratura			
Exames Complementares: do c.c			
Prescrição Médica: do c.c			
RAIO-X REALIZADO DATA 08/10/19 HORA TÉCNICO:			
Motivo da Alta/Encerramento: Internação nesta Unidade DATA: ____ / ____ / ____ HORA: ____ : ____			

Assinatura Paciente ou Responsável

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

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



HOSPITAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Passport Agency: Consulate
 Matricula: 00314
 SAME - HLT
 Confere: 00m Origina

~~Copyright © 2005 by Pearson Education, Inc.~~





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

250351

Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	249229

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1-Nome: LLILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA	6 - Prontuário: 525152
2-CNS:	8-Nascimento: 26/10/1996 9-Sexo: Feminino
11-Mãe: MARIA SOLIDADE OLIVEIRA DE MIRANDA	12-Fone: 86-99972-9049
13-Resp: SAMEA DA SILVA SOUSA -AMIGA	14-Cor: Farda
15-End: QD-B CASA-22 - BELA VISTA - CEP: 64000-010	
6-Munic: TERESINA	17-Cod. IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: <i>Prontuário 525152 a</i> <i>justificativa 525152 a</i>	
21 - Condições que justificam a internação: <i>Prontuário</i>	
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>n</i>	
23-Diagnóstico Inicial: Fratura da diáfise da tíbia	24-CID Prim: S822 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Cod.Proced.: 0408050500	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	Tempo S
28-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 02 01 CPF 787.098.575-91	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: RICARDO SOARES VALENÇA	34-Data Solicitação: 08/10/2019	35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-So.Bilhete:	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CHAE Empresa:	44-CBCH:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:
	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (LAYLA MORAIS)
Consulta Local: 745461
Consulta SUS:





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

FMS
Fundação Municipal
de Saúde

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <u>Heliane Oliveira de Miranda</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>Fratura exposta do fêmur</u>		
Operação - Tipo <u>Amputação de membro superior</u>		
Cirurgião <u>Dr. Ricardo Valença</u> <small>Ortopedia - Traumatologia CRM: 3786 - TEOR 11305</small>	1º Assistente <u>Dr. Fco. G. G.</u>	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a) <u>Fla.</u>	Anestesista <u>Dr. Nilena</u>	Anestesia <u>Laque</u>
Anestésico(a)		
Data da Operação <u>08/10/19</u>	Início <u>13:40</u>	Fim <u>20:30</u>
Diagnóstico Pós-operatório <u>Fratura fechada</u>		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Dr. Ricardo Valença
Região
Amputação de membro superior
Fratura exposta do fêmur
Amputação de membro superior
Fratura exposta do fêmur
Amputação de membro superior
Fratura exposta do fêmur
Amputação de membro superior
Fratura exposta do fêmur

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

Dr. Ricardo Valença
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 3786 - TEOR 11305

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





BRAGA&BRAGA		CNPJ: 63607790000198	
FABRICANTE:		Phonuario: 525152	
PACIENTE:		CNPJ:	
Liliane Oliveira de Miranda			
RG.HOSITAL:		COD.SIG TAP:	
NUT.		0702030406	
DATA:		ALTA:	
08.10.2019			
PROCEDIMENTO:		USADO:	
Fratura de tibia ①			
MEDICO:		CPF:	
Dr. Ricardo		CRM:	
Produtos Utilizados/Implantados:			
NOME	MODELO	TIPO	Serie Lote
			QTD

[illegible]

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: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2- CNES 5828856	Código da Internação:
3- Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4- CNES 5828856	249229

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31- Cod. Proced. Princip. 0408050500	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA
31- Cod. Procedi- mento Especial 0702030406	32 - Descrição do Procedimento Especial: FIXADOR EXTERNO LINEAR
Fornecedor da OPM: BRAGA & BRAGA	
Quant. Soli- cidata: 1	

38- Profissional Responsável: RICARDO SOARES VALENÇA	40- Tp. Documento: CPF
39- Data Solicitação: 08/10/2019	40- No. Doc. Med. Solic.: 787.098.575-91
41- Ass. Carimbo (Rg. Conselho) Med. Sol. (CRM)	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

[Handwritten signature]

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47- Data Autorização: / /	48- CNES/CPF:
51- Justificativa da 'NÃO' autorização:		49- Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51- Data Autorização: 08/10/2019 SAMEA - HUT Confirmação Online	52- CNES/CPF:
		53- Ass. Carimbo (Rg. Conselho) (LAYLA MORAIS)





FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIANome: Milene Oliveira de Miranda

Sala:

Alergia: NegaData: 08/10/19Procedimento: Por um frot MMUCirurgião: Dr. Ricardo

Observações:

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

Acesso Vascular

- ☒ Periférico
Cat. Venoso nº G
☐ Dificuldade aces. venoso
Gestos cateteres
☐ Central

Via Aérea

- ☒ Cateter nasal
☐ IOT nº
☐ LMA nº

Monitorização:

- ☒ Cardioscopia
☒ PANI
☒ Oxímetro de pulso
☐ ETCO2
☐ Outros

Anestesia:

- ☐ Geral Venosa
☐ Geral Balanceada
☒ Raqui-anestesia
☐ Peridural
☐ Bloqueio Periférico
☐ Outros

Descrição:

SPO2 (%)	99% 100% OK
ETCO2 (mmHg)	
Aces. Venoso	520g
Aces. Venoso	1g 500
Diurese	
Perdas Sanguíneas	

Descrição da Anestesia: Bloqueio Subaracnóideo w/ mescalina 0,5% perda 12mg + morfina 80mg. Líquido claro.Milena R. Bezerra
Anestesiologista
CRM-PI 4741

Anestesiologista

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE: M. Liane Oliveira de Almeida DATA 08 / 10 / 12

DIAGNÓSTICO: Remoção de tecido PRONTUÁRIO Nº: 525352

ANESTESIA: Rapida CIRURGIA: Rapida

CIRURGIÃO: Dr. Ricardo Valença Nº DA SALA: 02

AUXILIAR: Dr. Ricardo Valença CPF Nº: 02

ANESTESIA: Dr. Hilene CPF Nº: _____

INSTRUMENTADORA: Flac CPF Nº: _____

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 <u>6,5/7,5</u>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº <u>8,0</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	08	
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.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	08		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				<u>Eletrados - 05</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Escovas - 02</u>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG.				<u>Cepos - 03</u>			
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON	2-0	02					
FITA UMBILICAL							
VICRYL							
PROLENE							
				ENFERMARIA:			
				CIRCULANTE: <u>Patricia Ferreira</u>			





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Acidente: LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA (Prontuário: 525152)
Endereço: QD-B CASA-22 - BELA VISTA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Massamento: 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:** S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 08/10/2019

PERNA DIREITA

O 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.

(WS CEZARI)

TERESINA - PI 15/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



Joana Luiza Mendes de Mesquita
 Matrícula: 47390
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **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: INTERNAÇÃO Atendimento: 249229
 Referência: 1010106 Solicitação: 08/10/2019 Solicitante: RICARDO SOARES VALENÇA
 Controle: 1330381 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 238 LEITO 40

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204060168

Data Exame: 08/10/2019

PERNA DIREITA

O estudo 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.

LUIS CEZAR

TERESINA - PI 15/10/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



Joana Luísa Mendes de Mesquita
 Matrícula: 47390
 SAME - HUT
 CONFERE COM ORIGINAL



MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
061.255.923-83

Nome
LILIANE OLIVEIRA DE MIRANDA

Nascimento
26/10/1996

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





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

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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

Titular do CPF: LILIANE OLIVEIRA DE
MIRANDA

CPF de: Próprio

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 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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Danielle Nobre 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

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Liliane Oliveira de Miranda
 RG: 3.557.862 ORG. EMISSOR: SS P/PI D. EXPEDIÇÃO: 03/05/11
 CPF: 661.255.923-83 ESTADO CIVIL: Solteira PROFISSÃO: Estudante
 ENDEREÇO: C5 Bela vista S/N 07-6 E-36 Nº: 36
 COMPLEMENTO: Casa 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 CONFIO 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: 08/10/2020

Cobertura da vítima: Invalidadez

3º OFÍCIO LOCAL / DATA: 13/05/2020
Liliane Oliveira de Miranda

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
 3º OFÍCIO DE NOTAS
 JESSICA ALINE DE MENESES SILVA

NIRNDA... DOU... FE... EM... TEST... DA VERDADE...
 Teresina-PI, 13/05/2020. Selo: AAR07B02-211U
 www.tjpi.jus.br/portalexta
 JESSICA ALINE DE MENESES SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA
 Selo: 13.85-TU:0.77 FONE/PI: 010 Selo: 0.26 Total: 4,98 - OP: 1179

CONSULTE O SELO DIGITAL



TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Luísa de Aguiar, 1031 - Centro - CEP: 64000-000 - Teresina - PI
Fone: (86) 3223-9191 - E-mail: jacobina@cartorio3pi.com.br
Cartório
Tribunais
Simples
3º Ofício de Notas



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOME: Liliane Oliveira de Miranda
 RG: 3.557.862 ORG. EMISSOR: SS P/PI D. EXPEDIÇÃO: 03/05/11
 CPF: 661.255.923-83 ESTADO CIVIL: Solteira PROFISSÃO: Estudante
 ENDEREÇO: C5 Bela vista S/N QD-G E-36 Nº: 36
 COMPLEMENTO: Casa 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

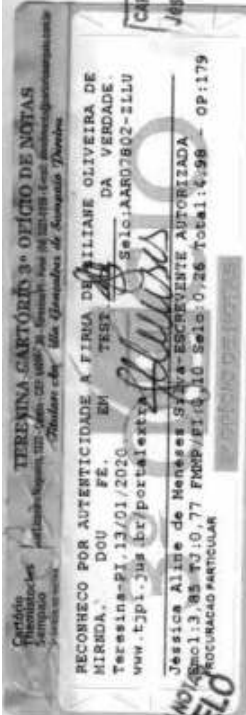
Data do acidente de trânsito: 08/30/2020

Cobertura da vítima: Integralidade

3º OFÍCIO LOCAL / DATA: 13/05/2020
Liliane Oliveira de Miranda

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira



3º OFÍCIO DE NOTAS
 TERESINA - PI
 ENDEREÇO: RUA 24 DE JANEIRO, Nº 544
 CEP: 64000-235
 FONE: (86) 3241-1111



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 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

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 08/10/2019

CPF de: Próprio

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 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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Danielle Nobre de Sousa

