

Control: x Audiência: x Upload: x Control: x Tribunal: x PJ: Acesso 1: x PJ: Consulta: x PJ: 0801282: x Entrada: x Baixar o: x +

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=283411&ca=b0d5d7eabd502bfb525e235dbaf34eec06109...

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

PJE ProceComCiv 0801282-11.2019.8.18.0030
ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA X SEGURADORA LIDER DOS CONSOR...

9094400 - CONTESTAÇÃO (2710809 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 02/04/2020 09:57:17

02 Abr 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 9094399 - CONTESTAÇÃO
 - 9094400 - CONTESTAÇÃO (2710809 CONTESTACAO 01)
 - 9094402 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2710809 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 9094403 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 9094404 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
 - 9094405 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

09:57

2710809- CJ/ 2020-01444/ A CLASSIFICAR

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE OERIRAS/PI

Processo: 08012821120198180030

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro

PROTOCOLO.pdf PROTOCOLO.pdf documentos.pdf 3- documentos.pdf 2- documentos.pdf Exibir todos

PT 09:57 02/04/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE OEIRAS/PI

Processo: 08012821120198180030

SÚMULA 474 STJ: “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez.”

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

C O N T E S T A Ç Ã O

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **11/01/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **12/09/2019**.

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão espositiva na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

DADOS DO SINISTRO				
Número: 3190289042	Cidade: Oeiras	Natureza: Invalidez Permanente		
Vítima: ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA	Data do acidente: 11/01/2019	Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A		
PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA				
Data da análise: 10/05/2019				
Valoração do IML: 0				
Perícia médica: Não				
Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA FACE.				
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, ALTA				
Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.				
Sequelas: Com sequela				
Conduta mantida:				
Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.				
Documentos complementares:				
Observações:				
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.				
DANOS				
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 11/01/2019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais).

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	15/05/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01383

CONTA: 000000064389-9

Nr. da Autenticação C37FDFFB373A8FCB

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº

6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 3.375,00 (TRÊS MIL E TREZENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)**.

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

⁶“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

OEIRAS, 27 de março de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA**, em curso perante a **2ª VARA CÍVEL** da comarca de **OEIRAS**, nos autos do Processo nº 08012821120198180030.

Rio de Janeiro, 27 de março de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.000417/2019-68

Unidade de Registro: 4ª DRPC - OEIRAS

Resp. pelo Registro: Etevaldo De Andrade Filho

Data/Hora: 19/02/2019 - 16:16

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE OEIRAS

11/01/2019 - 04:20

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

OEIRAS

Bairro

OUTROS - ZONA URBANA

Endereço

PI-143 ANEL VIÁRIO - PRÓXIMO AO CAIC, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

RG: 2.320.307 SSP PI

Mãe: RAIMUNDA NONATA DE SOUSA

Endereço: TRAVESSA 13 DE MAIO, Nº S/Nº

Complemento: BAIRRO ROSÁRIO

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: OEIRAS

Telefone(s): 89-9446-7403

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2019

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

DPVAT

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - YAMAHA. OUTROS

2018 PIZ3308 9C6RG3140J0016493

01166609305

Branca

Condutor: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA

RG: 2.320.307 Órgão: SSP UF RG: PI

End: TRAVESSA 13 DE MAIO Número: S/Nº Complemento: BAIRRO ROSÁRIO

Cidade: OEIRAS UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Proprietário: ISRAEL DE SOUSA

Cidade: OEIRAS UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

DECLARA a notificante que, no dia 11/01/2019, por volta das 04:20 horas, trafegava pelo ANEL VIÁRIO (PI-143), sentido BR-230, conduzindo a motocicleta de marca YAMAHA/YBR150 FACTOR ED, ANO DE FAB./MOD.: 2018/2018, COR: BRANCA, PLACA: PIZ-3308-OEIRAS-PI, CHASSI: 9C6RG3140J0016493, RENAVAM: 01166609305, em nome de ISRAEL DE SOUSA, QUE em determinado trecho, mais precisamente, nas proximidades do CAIC, perdeu o controle de direção de referido veículo, vindo a cair; QUE em decorrência da queda, apresenta edema periorbital direita, corte em região facial direita e escoriações pelo corpo, sendo em seguida socorrida por terceiros e encaminhada a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), em Oeiras e logo depois transferida para o Hospital Regional Deolindo Couto (HRDC), em Oeiras, onde foi feito procedimento cirúrgico na face. Era o que tinha a noticiar.

Etevaldo De Andrade Filho - Mat. 036702X
AGENTE DE POLÍCIA

Romana Maria da Conceição Sousa
ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA - Notificante
Responsável pela Informação

Antônio Nilton A. de Almeida
Delegado de Polícia Civil
19/02/2019



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.000417/2019-68

Delegado de Polícia

Antônio Nilton L. de M.
Delegado de Polícia Civil
M. 112391.000417/2019-68



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

Nome completo da vítima: **ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA**
CPF da vítima: **026.026.333-80**
Nome completo do segurado: **ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA**
CPF do segurado: **026.026.333-80**
Endereço: **TRAVESSA - 13 DE MARÇO**
Cidade: **JOAZEIRO**
Estado: **PE**
CEP: **54.500-000**
Tel. (DDD): **89-9946-7403**

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

DADOS CADASTRAIS
RECEITA MENSAL:
☐ REQUERER INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (901) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1383** - CONTA: **64.389** **9**
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Após a entrega desta documentação e a abertura da conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT será pago em nome do meu, meu cônjuge e filhos, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitando toda a dívida recebida.

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

Assim, declaro, sob pena de prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, que não tenho, desde já, em meu nome, a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões, comprometimentos ou danos de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa concessão de indenização futura, avaliação médica ou qualquer outro benefício da seguradora, caso o pedido de indenização seja concedido.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: **13 MAR 2019**

Existem parentes com a vítima: ☐ Sim ☐ Não Última deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a última deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Existem filhos: ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós: ☐ Sim ☐ Não

Este cliente de quem a primeira Líder pagará, caso devesse, a indenização de Seguro DPVAT por morte de únicos beneficiários que se apresentarem e provarem a sua condição, estando a vítima, antes, do que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade civil prevista no art. 299 do Código Penal.

Local e Data, **Joazeiro - PE, 13-03-19**
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina a RSC

Romana Maria da Conceição Sousa
Assinatura de vítima/beneficiário (declarante)

Rafael Martin Silva
Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não autorizado deverá escolher outra pessoa autorizada, sadiente e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, ASSINANDO, em nome do/da(s) beneficiário(s) maiores e capazes, comprometendo-se a dar ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

TOTONHO FREITAS, 657,00
CEIRAS NOVA, CEIRAS/PI - 64500-000
CNPJ: 06553564001371
(89) 3462-1213 - () - L.O

Atendimento: P063931
Data: 11/01/2019
Funcionario: SILVERIA

Registro: 8375
Hora: 04:46:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: FEMININO
SUS

Senha 40

ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUSA CPF: - RG: - CARTÃO DO SUS 702802178712960
Nasc.: 17/08/1984 Idade: 34 ANOS, 4 MESES, 25 DIAS Profissão: Civil: OUTROS CEP: 64500-00
End.: TRAVESSA 13 DE MAIO, 0 - Bairro: ROSARIO Cidade: CEIRAS/PI
Con: SEM Telefone: () - Mãe: RAIMUNDA NONATA DE SOUSA Pai:

Clínica: CLINICA MEDICA Documento: 7160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA SUS: 702802178712960
Responsável: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUSA - G Temp.: 36°C Peso: 0Kg E.A.: 0

Procedimentos

11/01/2019 4:46 0301060118 ACOlhIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
11/01/2019 4:52 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

CLIENTE REFERINDO ACIDENTE MOTOCICLISTICO (QUEDA). NO MOMENTO APRESENTANDO EDEMA PERIORBITAL DIREITA, CORTE EM REGIÃO FACIAL DIREITA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. NEGA DOENÇAS CRONICAS E ALERGIAS MEDICAMENTOSA. PA: 139/95 MMHG; SPO2: 98 %; PULSO: 89 BPM.

ASSINATURA DO PROFISSIONAL
11/01/2019 04:52:21

431237-MARCOS ANTONIO BRAS
DA SILVA

DADOS CLÍNICOS

CLIENTE REFERINDO ACIDENTE MOTOCICLISTICO (QUEDA). NO MOMENTO APRESENTANDO EDEMA PERIORBITAL DIREITA, CORTE EM REGIÃO FACIAL DIREITA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. NEGA DOENÇAS CRONICAS E ALERGIAS MEDICAMENTOSA. PA: 139/95 MMHG; SPO2: 98 %; PULSO: 89 BPM.

PARCORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2019

DIAGNÓSTICO

TRAUMA

EXAMES COMPLEMENTARES

RX RGTINA TRAUMA

DRVAT CID 9999

PRESCRIÇÃO MEDICA

CURATIVO E SUTURA
TRAMADOL, CLORIDRATO 100 MG/ML 1 AMP
(TRAMAL) - 100 MG. SF 0,9 EV EM 1 R

Gesmiel Cordeiro Gales
CRM-PI 40366-TE

CONDUTA MEDICA

ENCAMINHADO PARA MEDICACAO

Data: 11/01/2019 Hora: 05:50:22

As 08:50:

paciente apresenta avaliação de lesões maxilo-faciais de dor.

At. maxilo-facial com trauma de SF 0,9%, EV. em 1h. 9/12

- Apres. - 1000. EV. 10h.

10/531

Dr. Evandro Junior M. Leal
Médico
CRM-PI 7465

702802178712960

Responsável: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO DE

7160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Emprego ocupado no momento:

☐ DIÁRIOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLENIMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do pedido:

026.026.333-80

ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA

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

Nome completo:

ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA

CPF: 026.026333-80

Endereço:

TRAVESSA - 43 DE MAIO

Número: 512

Cidade:

DETRAF

UF: PE

CEP: 64.500.000

ANEXAR COPIA DO ATTESTADO DE VIDA OU DE ÓBITO, EM NOVO CASO, E DA INFORMAÇÃO CADASTRAL COMPROVANTE ANEXO (ANEXAR COPIA).

ANEXO VENCER:

☐ RENDIMENTO

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.000,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.000,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.000,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.000,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPEANÇA (Número da conta bancária. Assinale uma opção)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4383

CONTA: 64389

AGÊNCIA:

CONTA:

Autoregistro: O titular do seguro deve declarar na conta bancária informada, de acordo com a titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT correspondente ao valor da indenização e o valor da indenização a ser pago, desde que a indenização não seja superior ao valor total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não houve laudo do IMI (Instituto Médico Legal - IMI) emitido em decorrência de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Declaro, sob as penas da lei, que não estou prosseguindo com a análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas de Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação da invalidez permanente decorrente do acidente de trânsito, conforme artigo 3º da Lei nº 240/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discordar do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Gravidez: Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Declaro, sob as penas da lei, que não estou prosseguindo com a análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por morte a qualquer beneficiário que se apresentarem e provarem a existência, estando certo, a não, 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.

Local e Data: LULA, PE 06.05.19

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura de quem anexa A ROLDO

Assinatura da vítima/beneficiário/declarante

Assinatura do representante legal (se houver)

Assinatura do procurador (se houver)

(*) A vítima, beneficiário ou representante legal deve assinar o formulário e anexar a cópia autografada, manuseada e rasgada, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROLDO na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a zelar ativamente pelo conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nome completo da vítima: **ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA**
CPF da vítima: **026.026.333-80**
Nome completo do segurado: **ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA**
CPF do segurado: **026.026.333-80**
Endereço: **TRAVESSA - 13 DE MAIO**
Cidade: **JOIAS**
Estado: **PIAUÍ**
CEP: **64.500-000**
Tel. (DDD): **89-99446-7403**

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

DADOS CADASTRAIS
RECEITA MENSAL:
☐ REQUERER INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (901) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1383** - CONTA: **64.389** **9**
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Após a entrega desta documentação e a abertura da conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT será depositado em minha conta corrente e banco, desde já e somente após a efetivação da crédito liquidação total do valor recebido.

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

Assim, declaro, sob pena de prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, que não tenho, desde já, em meu sustento, a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou com o resultado da perícia, caso o pedido de sua concessão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: **13 MAR 2019**

Existem parentes com a vítima: ☐ Sim ☐ Não Última deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a última deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Existem filhos: ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós: ☐ Sim ☐ Não

Este cliente de quem a primeira Líder pagará, caso devesse, a indenização de Seguro DPVAT por morte de únicos beneficiários que se apresentarem e provarem a sua condição, estando a vítima, antes, do que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade civil prevista no art. 299 do Código Penal.

Local e Data, **Joias - PI 13-03-19**
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A RSC

Romana Maria da Conceição Sousa
Assinatura de vítima/beneficiário (declarante)

Rafael Martin Silva
Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

O beneficiário não autorizado deverá escolher uma pessoa autorizada, sadiente e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, ASSINANDO, em nome do beneficiário, as declarações anteriores e posteriores, comprometendo-se a dar ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190289042

Vítima: ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA

Data do Acidente: 11/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RANYERE MARTINS SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190289042

Vítima: ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA

Data do Acidente: 11/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RANYERE MARTINS SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190289042

Vítima: ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA

Data do Acidente: 11/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RANYERE MARTINS SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000001383

Conta: 0000064389-9

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,



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0084419/19

Vítima: ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOU

CPF: 026.026.333-80

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 11/01/2019

Titular do CPF: ROMANA MARIA DA
CONCEICAO DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

RANYERE MARTINS SILVA : 046.400.283-42

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

ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA : 026.026.333-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/03/2019
Nome: RANYERE MARTINS SILVA
CPF: 046.400.283-42

RANYERE MARTINS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA
 RG: 2-320-3071 Orgão Emissor: SSP-PJ CPF: 026.026.333-80
 Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADA Profissão: LAURIDEIRA
 Endereço: TRAVESSA - 13 DE MAIO Nº: 512
 Bairro: ROSÁRIO Cep: 64500-000 Cidade/UF: DEIRAP - PI
 Telefone: (89) 99446-7403 () ()

OUTORGADO:

Nome: RANYERE MARTINS SILVA
 RG: 2-164096 Orgão Emissor: SSP-PJ CPF: 096 400 283-42
 Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: GUARDA
 Endereço: AV. DOM. EXPEDITO LOPES Nº: 217
 Bairro: JURUPITUBA Cep: 64500-000 Cidade/UF: DEIRAP - PI
 Telefone: (89) 99408-3583 (89) 99437-3721 ()

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA
 CPF: 026.026.333.80 Data do Acidente: 11/01/2019
 Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

DEIRAP, 01 DE MARÇO DE 2019
 Local e data

3º Ofício

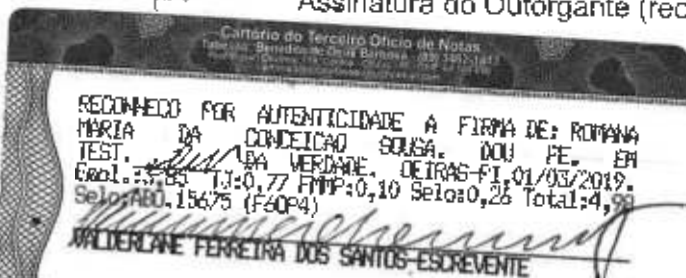
ROMANA

Romana Maria da Conceição de Sousa

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

PJ CORRETORA DE SEGUROS

13 MAR 2019



DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190194724 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA **Data do acidente:** 11/01/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM ASSOALHO E PAREDE LATERAL DA ÓRBITA DIREITA E ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO.
FRATURA COMINUTIVAS NAS PAREDES ANTERIOR, POSTERIOR E LATERAL DO SEIO MAXILAR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PAG 3,7,12.

DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

-RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL; TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190194724 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA **Data do acidente:** 11/01/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM ASSOALHO E PAREDE LATERAL DA ÓRBITA DIREITA E ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO.
FRATURA COMINUTIVAS NAS PAREDES ANTERIOR, POSTERIOR E LATERAL DO SEIO MAXILAR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PAG 3,7,12.

DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

-RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL; TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

DANOS

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PI Nº 012428479166

CERTIFICADO DE LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

0133 0136 0360 5174 5127 5456 1974 1418 9910 0818

ISRAEL DE SOUSA

05837031359

PIZ-3308

9C6RG3140J0016493

PAS/MOTOCICLO/NEPHEUA

ALCO/GASOL

YAMAHA/YBR150 FACTOR ED

2018 2018

02P/0149CC

PARTIC

BRANCA

COTA ÚNICA

VENIC/COTAS

00000000

3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

PBT: 060,30

ALIANÇA FIDUCIARIA
YAMAHA ADM. DE CONSORCIO S/C LTDA

OEIRAS

01/15/2018

ASSINATURA DO TITULAR

PI Nº 012428479166 BILHETE DE SEGURO DPVAT

05837031359 PIZ-3308 2018

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

WWW.DPVATSEGURADORA.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

2018 01/10/2018

05837031359

PIZ-3308

01166609305

YAMAHA/YBR150 FACTOR ED

2018

9C6RG3140J0016493

PREMIO TARIFARIO

033,86

003,76

037,62

004,15

000,30

019,72

X COTA ÚNICA

PAGAMENTO

DATA DE PAGAMENTO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CHUP 08.248.808/0001-04

FEV-2016

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2018

DPVAT

PROIBIDO PLASTIFICAR

1554733950

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1554733950



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

RANYERE MARTINE SILVA



DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSORAUF
3164096 SSP PI

CPF 046.400.283-42

DATA NASCIMENTO
19/10/1990

FILIAÇÃO
JOSE DE RIBAMAR
SANTOS SILVA
EDILEUSA MARINHO
MARTINS SILVA

- PERMISSÃO

- ACC

CAT HAS
AHS

IF REGISTRO
05841045485

VALOR DE 02/01/2023

1ª NAVEGAÇÃO
31/07/2013

OBSERVAÇÕES

Ranger Martins Silva

ABSTRACT OF PORTADIA

LOCAL _____
DEIRAB, PI

DATA DE EMISSÃO
11/01/2018

14180954844
PT320108570

PIAU

[illegible]

13 MAR 2019

ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUSA CPF: - RG: - CARTÃO DO SUS 702802178712960
Nasc.: 17/08/1984 Idade: 34 ANOS, 4 MESES, 25 DIAS Profissão: Civil: OETRAS CEP: 64500-00
End.: TRAVESSA 13 DE MAIO, 0 - Bairro: ROSARIO Cidade: OETRAS/PI
Con. SSM Telefone: () - Mãe: RAIMUNDA NONATA DE SOUSA Pai:

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 7160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA SMS: 702802178712960
Responsavel: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUSA O Temp.: 0"e Peso: 0Kg F.A.: 0

Procedimentos

11/01/2019 4:46 0301063118 ACOELHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
11/01/2019 4:52 0301013072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA
☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

CLIENTE REFERINDO ACIDENTE MOTOCICLISTICO (QUEDA). NO MOMENTO APRESENTANDO EDEMA PERIORBITAL DIREITA, CORTE EM REGIÃO FACIAL DIREITA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. NEGA DOENÇAS CRÔNICAS E ALERGIAS MEDICAMENTOSA. PA: 139/95 MMHG; SPO2: 98 %; PULSO: 89 BPM.

ASSINATURA DO PROFISSIONAL
11/01/2019 04:52:27

431297-MAECC ANTONIO BRAC
DA SILVA

DADOS CLÍNICOS

CLIENTE REFERINDO ACIDENTE MOTOCICLISTICO (QUEDA). NO MOMENTO APRESENTANDO EDEMA PERIORBITAL DIREITA, CORTE EM REGIÃO FACIAL DIREITA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. NEGA DOENÇAS CRÔNICAS E ALERGIAS MEDICAMENTOSA. PA: 139/95 MMHG; SPO2: 98 %; PULSO: 89 BPM.

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2019

DIAGNÓSTICO

TRAUMA

EXAMES COMPLEMENTARES

RX. ROTINA TRAUMA

DRVAT

CD 9599

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CURATIVO E SUTURA 1
TRANADOL, CLORIDRATO 100 MG/ML 1 AMP
(TRANAL: + 100 ML SF 0,9 EV EM 1 h)

Genival Cardozo Gales
OETRAS/PI - 64500-000

CONDUTA MÉDICA

RECOMENDADO PARA MEDICAÇÃO

Data: 11/01/2019 Hora: 05:50:22

As 08:30:

Paciente apresentando analgesia to sua marcha.
anexa-se de dor.

Id. manual sang + manual de SFO. 97. EV. na H. 9.12

apresenta - sang. EV. na H. 9.12

10.331

Dr. Edvaldo Junior M. Leal
Médico
CRM-PI 7066



Responsavel: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO DE

7160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: _____

ALA: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: 13/03/2019

M A N H Ã	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
		0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
		0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
		0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
		0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
		0309010101	SONDAGEM ENTERAL
		0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
		0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO
		0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
		0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

T A R D E	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
0309010101	SONDAGEM ENTERAL		
0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA		
0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO		
0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA		
0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO		
0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO		
0202010473	GLICEMIA CAPILAR		

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2019

CAT

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
N O I T E	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO		

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2019

DPVAT

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2019

DPVAT

Nome: Romana Maria da Conceição
Médico: Edvaldo Júnior N. Leal

Número: 384
Data Exame: 11/01/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS DA FACE

RELATÓRIO

O exame tomográfico computadorizado dos seios da face realizado com cortes em padrão helicoidal, nos planos axiais e coronais, usando filtros de alta resolução para partes moles e de alta definição óssea, partindo do maxilar superior em direção ao seio frontal, mostrou:

- Seio maxilar esquerdo : com anatomia e relevos mucosos preservados.
- Complexos ostiomeatais permeáveis.
- Células etmoidais: pneumatizadas, íntegras.
- Seio frontal: sem alterações tomográficas.
- Seio esfenoidal: preservado.
- Desvio do septo nasal à direita .
- Cornetos nasais: com anatomia preservada.
- Fraturas cominutivas em paredes anterior , posterior e lateral do seio maxilar direito , associado a hemossinus e a pequenos fragmentos ósseos no interior do mesmo.
- Fraturas em assoalho e parede lateral da órbita direita e em arco zigomático direito.
- Restante da estrutura óssea da face: com densidade e anatomia preservados.
- Edema em partes moles da região temporal , malar e peri-orbitária à direita , associado a pequeno enfisema subcutâneo.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Fraturas cominutivas em paredes anterior , posterior e lateral do seio maxilar direito , associado a hemossinus e a pequenos fragmentos ósseos no interior do mesmo.
2. Fraturas em assoalho e parede lateral da órbita direita e em arco zigomático direito.
3. Edema em partes moles da região temporal , malar e peri-orbitária à direita , associado a pequeno enfisema subcutâneo.
4. Desvio do septo nasal à direita .


Leonardo Robert de Carvalho Braga
CRM 1667

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2019



HPDC
HOSPITALITY & PAPER DESIGN CENTER

Data: 13/01/19

841

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Maria da Conceição
de Oliveira e Silva
Técnico em Enfermagem

Frankfurt R. de Sales Moreira
Avenida do Estrelinópolis
60211-000, Fortaleza

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

DPVAT

Geane Mendes da Silva
03/08/2019 - 11

Rua do Estádio, 100
 Fátima de Azevedo
 Técnica de Enfermagem
 COFEN-PI. 1229551



HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24h
PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO		ENFERMARIA: 03	LEITO: 02	Nº PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO:				
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM HORÁRIO OBSERVAÇÕES		
12/01/2019	# TRAUMA FACIAL			
	1. DIETA ORAL BRANDA			
	2. JELCO SALINIZADO			
	3. TRAMMAL 100MG+SFO,9% 100ML EV 8/8H ACM			
	4. RANITIDINA- 01AMP + AD, EV, 12/12H			
	5. DAPIRONA 500MG/ML- 02ML+AD, EV, 06/06H, SE TDO OU TAX>37,8°C			
	6. BROMOPRIDA 1AMP+AD EV ATÉ 8/8H S/N			
	7.- CETOPROFENO 100MG 1CP VO 12/12H			
	8-SSV-CCGG			
	9. Encaminhado para UPA com SEQUÊ.			

Jose Roberto de Paula Pina
CRM-PI 1547

HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
AV. RUI BARBOSA, 586 - FONE: (89) 3462-1213
OEIRAS - PIAUÍ

Nome:

Romana Maria da Conceição de Souza

FOLHA DE ANESTESIA

Data 15/03/09

Cat.

A. I. H.

Matrícula

Função
Respiratória

ASA II

Sistema
Circulatório

T. A.

Eletrocardiograma

Sistema
Respiratório

Asma

Bronquite

Aparelho
Digestivo

Aparelho
Urinar

Estado
Mental

Corticoide

Atarácicos

Outros

Diagnóstico
Pré-Operatório

Riscos

Pré-medicação
(Agentes e Doses)

Aplicado às

Efeito

O2. Litros p/ Minutos

Início O₂ 12:50

13:00

Duração O₂

Total de Doses:

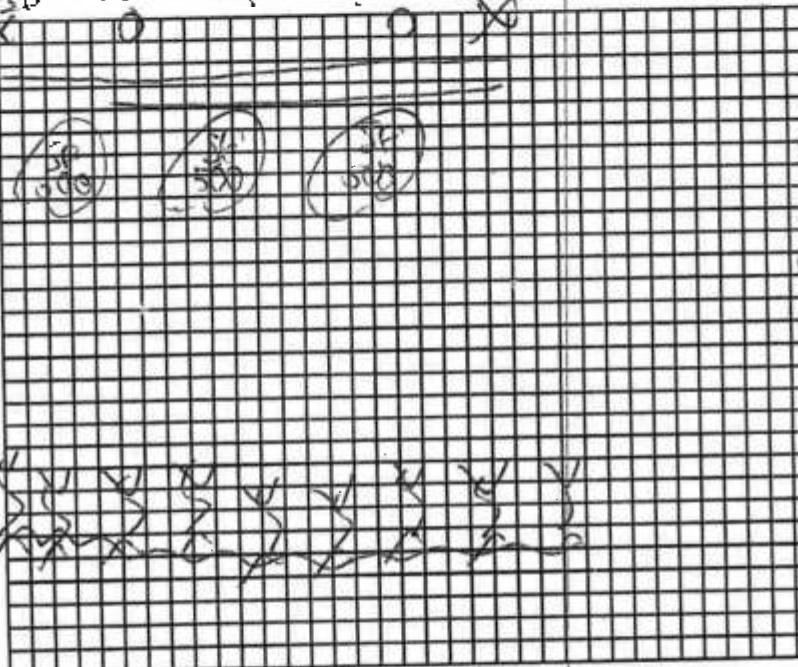
Agentes
Anestésicos

Halotano
Flutano
Outros

Líquidos

Solutos
Sangues
Outros

260
240
220
200
180
160
150
140
120
100
80
60
40
20
10



- 1) Cetilar 200
- 2) Eleonora 100
- 3) Romilda 100
- 4) Urutara 20
- 5) Ordonel 100
- 6) Romilda 100
- 7) Romilda 100
- 8) Serechil 100
- 9) Romilda 100
- 10) Atropina 100
- 11) Miosina 100

Início
Anestesia

13:30

Término
Anestesia

13:30

Duração

2h

Geral

Raque

Peridural

Outros

Código SSMAMB

COORDENADORA
DE SEGUROS

Operações

Tot. Círculo de Fratura

Osse e Lado Direito

13 MAR 2009

DPVAT

Cirurgiões

Dr. Pablo + Acd. Gabriel

Anestesiologistas

Dr. Eduardo

Particularidades

TOTAL US

TOTAL CH

Edmundo Barroso de Carvalho
Med. de Anestesiologia
CRM PI 2885

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Paciente: Norma Maria de Lourenço

Leito: 08/..08

DN: 37 1081 84

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

26:00h 24h round and round procedure
 Runway 1, PA = 220 x 80mmHg
 Allen: Dr. Kenneth Brock

Admission: \$100
 Ticket: \$100
 Contact: 208-652-2088

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Francisco Moura de
-Tel. Infamegem
COREN-PI 1138552

10/15 Segue a grande coisa que
 vem em 10 de junho
 ca. 36.90 150180 m m
 H8
 Maria Luíza de A.S. Silva
 Tec. em Enfermagem

Téc. em Enfermagem
LUIZA DE A. S. SILVA
1045401

[illegible]

ORE



Alf E
Bueno Mexico
HOSPITAL REGIONAL DE OLINDA COUTO
PRESCRIÇÃO MÉDICA



UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

NOME DO PACIENTE: *Leonora Maria de Almeida*

ENFERMARIA *02*

LETO: *01*

Nº PRONTUÁRIO:

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Sauê

HORÁRIO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

POIDE

Cd:

1 - Dieta oral *zero*

2 - SG5%-----2000ml, EV +- 35 gotas/min

NACL 10%-----amp por soro

3 - Cefalotina 1g---01 amp+AD, EV de 6/6h

4 - Tramal 50mg---01 amp+100ml de SF0,9%, EV de 6/6h

5 - Tifatil---01 amp+AD, EV de 12/12h

6 - Dipirona---01 amp+AD, EV de 6/6h

7 - Ranitidina 50mg---01 amp+AD, EV de 8/8h

8 - Bromoprida---01 amp+AD, EV de 8/8h

9 - Mantar-SVD---

10 - CCGG e SSV

11 - *Paracetamol 01 Amp+AD*

Paulo Diego V. de Alencar
Cirurgião Bucodentofacial
CRO 2580 - CPE 004.797.523-70

Dr. Paulo



MINISTARSTVO
PROSVETE I
NAUKE
REPUBLIKE
SRBIJE

Data: 10/01/19

DN: 17108184

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CORENPI-547 696

Hospital Regional Deolindo Couto - H.R.D.C. Av. Rui Barbosa, 586, Centro
(89) 3462-3969 - CEP: 64.500-000 - Oeiras - PI
C.N.P.J. 06.553.564/0013-71

SUS

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

UNIDADE			
Nome HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO		Código / CNPJ 06.553.564/0013-71	
Endereço Av. Rui Barbosa, 586		Município OEIRAS	UF PI
CEP 64.500-000	FONE (89) 3462-1213		

ÓRGÃO EMISSOR	
Nome do Paciente Rosanna Maria da Conceição de Sousa	
Endereço-Rua-Número-Bairro	Município OEIRAS UF
CEP 64500-000	Data do Nascimento 13/08/1984
SEXO Masculino ☐ Feminino ☒	CONDIÇÃO Segurado ☐ Cônjuge ☐ Filho ☐ Outro Dep ☐
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9	

SEGURADO	
Nome do Segurado	
PIS/PASEP Nº Individual	Vínculo com a Previdência Não
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 5 ☐ 7 ☐ 9	Segurado ☐ Cônjuge ☐ Filho ☐ Outro Dep ☐
CNPJ da Empresa	
CPF do Médico Solicitante	Proced. Solicitado
Cart. Int.	Data Emissão
CPF Médico Responsável	Ass. Médico Responsável

PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO →	
Causa Externa	CNPJ da Seguradora
Nº do Bônus	Série

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
Principais Sinais e Sintomas Clínicos Paciente vítima de acidente automobilístico. Evolui com traumatismo no foca e sinais fisiológicos de fase mostra múltipla fratura.	
Condições que Justificam a Internação As acima	
Principais Resultados de Provas Diagnósticas Radiografia + Exame físico + TC de foca	
Diagnóstico Inicial Traumatismo de foca	Procedimento Solicitado Internação
Clínica Cirúrgica ☐ 1	Obstétrica ☐ 2
Cli. Médica ☐ 3	Fisioterapia ☐ 4
Psiquiátrica ☐ 5	Pediátrica ☐ 7
Outros ☐ 9	

Assinatura do Médico Solicitante (Examinador) Dr. Evandro Junior M. Leal Médico CRM-PI 7465	CRM 7465	Data 11/01/19.
--	-----------------	-----------------------



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO - OEIRAS - PIAUÍ

REGISTRO DO TRANS-OPERATÓRIO - CHECK LIST CIRÚRGICO

Paciente: Romana Maria da Conceição de Sousa
Idade: 35 anos Enf./Leito: _____
Procedimento Cirúrgico: Tratamento Cirúrgico de Fratura do ME lado Direito
Chegada do paciente à sala cirúrgica: às 16:20 Data: 15/01/19

I CHECK LIST - Na entrada do centro cirúrgico

Checar dois identificadores do paciente (nome completo e número do prontuário)

Nível de Consciência

☒ Consciente ☐ Orientado ☐ Sonolento ☐ Comatoso ☐ Outro: _____

Padrão Respiratório

☐ Eupnéico ☐ Dispnéico ☐ Apnéia ☐ Entubado sob VM ☐ Outro: _____

Motricidade

☒ Deambulando sem Auxílio ☐ Deambulando com Auxílio ☐ Cadeira de rodas ☐ Acamado

☐ Déficit motor: _____

Pele

☒ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Ictéria ☐ Integra ☐ Úlcera por Pressão

☐ Presença de acesso venoso _____ ☐ Traqueostomia _____

Sistema Digestivo

☐ Jejum desde as _____: _____ ☐ Náuseas ☐ Vômito ☐ SNG ☐ SNE ☐ Ostomias _____

Sistema Renal

Diurese: ☐ Espontânea ☐ Ausente ☐ SVD ☐ Retenção ☐ Incontinência

Antecedentes Patológicos: _____

13 CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2019

SSVV	CHEGADA					DEPARTAMENTO
PA	120 X 80	145 X 84	130 X 80	123 X 78	113 X 64	117 X 74
FC	60 bpm	63 bpm	63 bpm	65 bpm	79 bpm	80 bpm
SATO2	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Enfermeiro / Técnico de Enfermagem: Francisco Maria da Silva
COREN / Matrícula: 24c. Enfermagem
COREN-PT 1238552

HOSPITAL REGIONAL DE OLINDO COUTO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h
PRESCRIÇÃO MÉDICA



(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome: Romana M. de Sousa de Sousa

Idade: 34 anos Reg.: 8376

Data de Nascimento: 17/08/84

Médico: Dr. Jayson Convênio: SUS

TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA, SEDAÇÃO OU ACOMPANHAMENTO DO ANESTESIOLOGISTA

PROCEDIMENTO ANESTÉSICO A SER REALIZADO:

ANESTESIOLOGISTA RESPONSÁVEL / CRM:

Geral Balanceada

Eduardo Cerequeira 3885-ND

Declaro que fui devidamente esclarecida(o) sobre o procedimento anestésico ao qual serei submetida(o) e a(o) paciente pela(o) qual sou responsável - seus benefícios, alternativas, possíveis riscos e complicações.

Informei a(eo) médica(o) Anestesiologista meu completo histórico médico e anestésico progressos, bem como alergias e particularidades de minha clínica.

Fui informada(o) de que o tabagismo, uso de drogas entorpecentes e do álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento a que serei submetida(o) e da importância de comunicar o eventual uso.

Fui informada(o) de que, a escolha da técnica anestésica ideal para cada caso depende da avaliação do anestesiologista, da condição clínica do paciente, do procedimento cirúrgico proposto e do consentimento da(o) paciente.

Fui informada(o) de que, como qualquer procedimento médico, o procedimento anestésico a ser realizado não é isento de risco, intercorrências ou complicações.

Nos casos de anestesia regional (Raqui-anestesia / Peridural ou Anestesia Combinada raqui-peri) as complicações mais frequentes são dor de cabeça, eventual inflamação no local da punção anestésica ou de local da punção de vasos sanguíneos, náuseas e/ou vômitos, sangramento, prurido (coceira), alterações da sensibilidade cutânea (da perda da sensibilidade (formigamento) de membros, tremores e tonturas.

Nas situações de Anestésias Geral e ou de Sedação poderá ser necessária manipulação das vias aéreas com ou sem suporte ventilatório, sendo que extraordinariamente poderá também ocorrer comprometimento da arcada dentária, alteração do nível de consciência intra ou pós-operatória, lapsos de memória ou rouquidão.

Em situações excepcionais independentemente da técnica anestésica indicada poderão ocorrer: reações alérgicas, incluindo anafilaxia, afecções circulatória, flebites, complicações infecciosas ou outros eventos mais raros.

Reconheço que não existe garantia absoluta sobre o resultado a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos equipamentos disponíveis na instituição para que seja alcançado o melhor resultado.

Tive a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco ou palavras com quais não concordasse. Confirmando que li e compreendi todo o acima exposto e que tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais foram respondidas satisfatoriamente.



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
OERAS - PIAUÍ



PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA

Prontuário: 8376 Atendimento: _____
Data da Internação: 14/01/19 Hora: 19:50
Paciente: Barbara Vitoria de Jesus Sexo: F
Data de Nascimento: 17/02/89 Idade: 34 anos
Convênio: SUS Plano: _____ Carteira: _____
Médico responsável: Dr. Jayson

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS E CIRURGIAS

Declaro que CONCORDO com a realização do(s) seguintes procedimento(s) Invasivo(s) e/ou cirurgia(s) _____ indicado(s) pelo Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM sob o nº. _____.

1. Declaro que recebi todas as explicações relacionadas à proposta do procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia ao qual serei submetido(a), inclusive quanto aos seus benefícios, riscos, potenciais complicações: _____, métodos alternativos e possíveis consequências se eu optar por não os realizar. Ainda, tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais foram respondidas satisfatoriamente, bem como compreendi que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
2. Caso ocorra algum imprevisto que necessite de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, autorizo a realização de qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia.
3. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento do diagnóstico, do tratamento e/ou estudo científico.
4. Declaro estar ciente de que para realizar o mencionado procedimento/cirurgia/tratamento/exame poderá ser necessária a aplicação de anestesia, bem como tenho conhecimento dos riscos e eventuais consequências decorrentes do emprego dessa técnica médica.
5. Autorizo o médico a buscar auxílio de sua equipe e/ou outros profissionais.
6. Declaro que não omiti informações quanto à minha saúde, bem como informei todos os medicamentos já utilizados e procedimentos sobre os quais já fui submetido anteriormente.
7. Declaro possuir alguma restrição de ordem religiosa e/ou cultural:
☒ Não ☐ Sim: _____
8. Declaro estar ciente de que durante o procedimento/tratamento, poderão ser gravadas imagens, sons e/ou vídeos, assim como não me oponho à publicação dos referidos materiais, desde que preservado o sigilo da minha imagem e identidade, bem como respeitada a legislação pertinente.
9. Confirmando que recebi as devidas explicações e orientações adicionais através dos informativos relacionados ao procedimento, bem como tive a oportunidade de anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.
10. Estou ciente de que posso solicitar novos esclarecimentos, assim como posso revogar, total ou parcialmente, o meu consentimento antes que o(s) procedimento(s)/tratamento(s)/exame(s) seja(m) realizado(s).
11. Por fim, declaro que li, compreendi e concordo com os itens referidos acima.

ESTE ESPAÇO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

- ☐ Paciente
☒ Responsável

Assinatura: Barbara Vitoria de Jesus
Nome: _____
Grau de parentesco: Mãe

Assinatura: _____
Documento de identidade: 1-3 MAR 2019

Oeiras, 14 de Jan de 19 Hora: 19:50

DPVAT

DECLARAÇÃO DO MÉDICO / PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

Declaro que explico de modo objetivo e claro todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia ao qual o referido paciente está sujeito, esclarecendo seus benefícios, riscos e alternativas, bem como tendo respondido às perguntas formuladas pelo mesmo e/ou seu responsável legal. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável está(ão) em condições de compreender tudo que foi informado.

Oeiras, 14 de Jan de 19 Hora: 19:50

Nome completo e/ou Assinatura: Dr. Jayson Nº do conselho: 0241-899



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO - OEIRAS - PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGUROS

13 MAR 2019

DPVAT

HRDC
HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

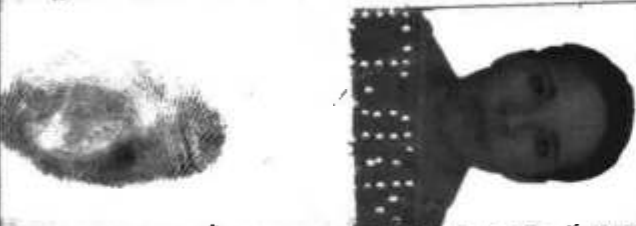
Data: 12.10.18

Paciente: Romana Infância da Conceição Leito: 03 DN: 19.10.18

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
08:45 hrs. Paciente acordada - 11.00 14:15 hrs. 80 bpm, 36.0°C 14:30 - 36.0°C	
09:02 - 14.10x80mmHg, Tax 36.0, pressão de pulso 100, 36.0°C, 38.0°C	
15:22 hrs. Paciente acordada - 11.00 16:30 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
17:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
18:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
19:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
20:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
21:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
22:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
23:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
24:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
25:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
26:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
27:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
28:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
29:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
30:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
31:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
32:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
33:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
34:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
35:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
36:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
37:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
38:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
39:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
40:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
41:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
42:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
43:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
44:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
45:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
46:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
47:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
48:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
49:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
50:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
51:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
52:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
53:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
54:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
55:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
56:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
57:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
58:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
59:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
60:00 - 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



Romana Maria da Conceição de Sousa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

RÉGISTRO GERAL 2.320.307 DATA DE EMISSÃO 13/02/19

NOME ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA

FILIAÇÃO RAIMUNDA NONATA DE SOUSA

NATURALIDADE OEIRAS-PI DATA DE NASCIMENTO 17/08/1984

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 2965 L 08-B E 181

CPF EXP OEIRAS-PI 08/03/06

026.026.933-80

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/09/88 - DECRETO Nº 89.250/93

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2019

DPVAT

Declaração de Proprietário do Veículo

Eu, ISRAEL DE SOUSA, RG nº 3540735, data de expedição 09/11/10, Órgão PI, portador do CPF nº 058.370.313-59, com domicílio na cidade de DEIRAS, no Estado de PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA CARVALHO NETO RUA JESUS FLORIANO, nº 54, complemento - /, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUSA, cujo condutor era ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUSA.

Veículo: PAS / MOTOCICLETA

Modelo: YAMAHA / YBR 150 FACTOR ED

Ano: 2018

Placa: PIA 3308

Chassi: 9CGRG3140J0036493

Data do acidente: 11/01/19

Local e data: Aven. Viário, próximo ao Kaik - 11/01/19
Deiras - PI, 18/02/2019

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2019

DPVAT

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE AS FIRMAS DE ISRAEL DE SOUSA e ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUSA. DOU RE. EM TEST. DE VERDADE. OBRIGADO DE 18/02/2019. EMO: 7,70 TO: 1,54 FMP: 0,20 Selo: 0,52 Total: 9,96 Selo: ABO 15276 ABO 15277 (F&OF19)

WILDERNE FERREIRA DOS SANTOS-ESCRIVÃO

Selo de Fiscalização e Autenticidade Poder Judiciário Estado do Piauí Ass. de Notas, Registro e Judicial

RECONHECIMENTO DE FIRMA

ABO 15277

RECONHECIMENTO DE FIRMA

ABO 15276



Para contato com a
Eletrobras, informe
este número

SEU CÓDIGO

1185343-3

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 330 - Centro-Sul - Teresina - PI
CEP: 64.002-900 Fone: (065) 3101-381-5
Fax: (065) 3101-381-5 E-mail: atendimento@cppe.com.br
Regime especial de imposto de renda da Lei 9.250/96

Nº da Nota Fiscal: 012373363

A Nota Fiscal de Energia Elétrica - TSEF tem validade de 10 dias a partir da data de emissão.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	24/10/2018	149	134,17

RANYERE MARTINS SILVA
AV. DOM EXPEDITO LOPES 241 OBRAS NOVA
CPF: 00004640028342
CEP: 64.500-000 - OBRAS

ROT: 61.770.11.33.110800

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual	11870	Atual	16/10/2018
Anterior	11721	Anterior	14/09/2018
Constante de Multiplicação	1,000	Validade da leitura	16/11/2018
Consumo Médio	149	Período	15/10/2018
Consumo Faturador	149	Validade da fatura	16/10/2018

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Classe/Subclasse	1.1.1.1

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Classe/Subclasse	1.1.1.1

HISTÓRICO LKW		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/Ano	LKW	CONSUMO	149 A R\$ 8,34032 = 124,27
SET/18	140	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	9,90
AGO/18	151	ADICIONAL BANDA VERMELHA -	7,44
JUL/18	125		
JUN/18	138		
MAI/18	140		
ABR/18	120		
MAR/18	122		
FEV/18	120		
JAN/18	127		
DEZ/17	97		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO	
Mês/Ano	Valor R\$
09/2018	125,95

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 31/10/2018, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavaliada(s) no valor de R\$ 137,25 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 085 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVAÇÃO AO FISCAL 166E.DEB5.6FB1.7D30.C68B.01EF.56ED.7F1A

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	25,70	Base de Cálculo	124,27
Energia	48,86	Alíquota ICMS	22,00%
Transmissão	7,60	Valor do ICMS	27,33
Encargos	7,78	Valor do PIS	1,23
Tributos	34,25	Valor do COFINS	5,69

INDICADORES DE CONTINUIDADE	
Índice	6,03 12,06 24,12 3,61 7,23 14,45 3,54
Previsão	2,52 1,00 2,52

Consumo	OBRAS	Período de validade	08/2018	Valor	44,04
---------	-------	---------------------	---------	-------	-------

ROT: 61.770.11.33.110800



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 330 - Centro-Sul - Teresina - PI
CEP: 64.002-900 Fone: (065) 3101-381-5

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
1185343-3	134,17
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
10/2018	24/10/2018
Nº da Nota Fiscal:	012373363 FICAM

83650000001 0 34170017000 2 00000001185 8 34331018008 2



SEQ.: 00175 UC: 1185343-3 DT. LEET.: 16/10/2018 T. ENTR.: 04
LEITURA: 11870 NORMAL TOTAL: 134,17 CARGA: 002
DT. VENC.: 24/10/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 2761

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: (800) 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www7.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASP?X?TPQ=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 RESEGURO. 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 ILEITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Peço exposto, eu RANGERE MARTINS SILVA
inscrito (a) no CPF/CNPJ 046-400-283 / 142 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Romana Maria da Conceição Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 026-026333 / 80
do sinistro de DPVAT cobertura IMMUTUEL da vítima ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA
inscrito (a) no CPF sob o Nº 026-026333 / 80 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Refusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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>AV. DOM. EXPEDITO LOPEZ</u>	Número: <u>241</u>	Complemento: <u>- / - / -</u>
Bairro: <u>PEREGRINHA</u>	Cidade: <u>DEIRAF</u>	Estado: <u>PIAUÍ</u>
CEP: <u>64.500-000</u>		Tel.(DDD): <u>89-99408-3583</u>

Local e Data: DEIRAF, 01 DE MARÇO DE 2019

+ Rangere Martins Silva
Assinatura do Declarante

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

13 MAR 2019

DPVAT

equatorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.640.749/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAZ de/98

Para controle
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

Nº da Nota Fiscal

018003496

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.638 de 26 de abril de 2002.

FEVEREIRO/2019

VENCIMENTO
26/02/2019

CONSUMO (KWH)
96

TOTAL A PAGAR (R\$)
91,37

ANTONIO FRANCISCO DE SOUSA
TV 13 DE MAIO O ROSARIO
CPF: 00003408445311
CEP: 64.500-000 - OEIRAS

ROT: 65.770.15.17.109580

DADOS DA LEITURA	DATA DA LEITURA
Atual: 1430	19/02/2019
Anterior: 1334	18/01/2019
Constante de Multiplicação: 96	Anterior: 21/03/2019
Consumo Medido: 96	Próxima Leitura: 18/02/2019
Consumo Faturado: 96	Emissão: 19/02/2019
	Apresentação: 32

CLASSIFICAÇÃO	LIGACÃO	NÚMERO MEDIDOR	POSTO	CODIGO FISC.	MÉDIA 12 MESES
RESIDENCIAL		41853200		1.1.1.1	78

Mês/Ano	Consumo	CONSUMO	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)
JAN/19	70	96 A R\$ 0,889544	85,39
DEZ/18	69		5,98
NOV/18	89		
OUT/18	91		
SET/18	77		
AGO/18	87		
JUL/18	61		
JUN/18	67		
MAI/18	68		
ABR/18	60		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 96 - R\$ 0,823550

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 05/03/2019, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar, também, a inclusão do nome do consumidor no CADINRA, informamos ainda existentes contas vencidas e já reavaliadas no valor de R\$ 407,76 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
01/2019	64,76	

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

RESERVADO AO FISCO				E222 EF68 A0E9 B6B8 7E67 AAE9 4EE2 0125			
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/Tributos - R\$			
Distribuição:	17,29	Base de Cálculo:	85,39				
Energia:	33,38	Alíquota ICMS:	22,00%				
Transmissão:	5,65	Valor do ICMS:	18,78				
Encargos:	3,56	Valor do PIS:	1,20				
Tributos:	25,51	Valor do COFINS:	5,53				

OEIRAS 12/2018 22,84

ROT: 65.770.15.17.109580

equatorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.640.749/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO
0940025-7
MÊS FATURADO

TOTAL A PAGAR - R\$
91,37
VENCIMENTO

02/2019
Nº da Nota Fiscal:

26/02/2019

018003496 FCAM

8368000000 9 91370017000 8 00000000040 7 02570219008 0



SEQ.: 00148 UC: 0940025-7 DT. LEIT.: 19/02/2019 T. ENTR.: 03

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2019

DPVAT

TOTOINHO FREITAS, 657,00
CEIRAS NOVA, CEIRAS/PI - 64500-000
CNPJ: 06553564001371
(89) 3462-1213 - () - L.O.Atendimento: P063931
Data: 11/01/2019
Funcionario: SILVERIARegistro: 8375
Hora: 04:46:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: FEMININO
SUS

Senha 40

ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUSA

CPF: - RG: - CARTÃO DO SUS 702802178712960

Nasc.: 17/08/1984 Idade: 34 ANOS, 4 MESES, 25 DIAS Profissão:

Civil: OUTROS CEP: 64500-00

End.: TRAVESSA 13 DE MAIO, 0 -

Bairro: ROSARIO

Cidade: CEIRAS/PI

Con: SEM

Telefone: () -

Mãe: RAIMUNDA NONATA DE SOUSA

Pai:

Clínica: CLINICA MEDICA Documento: 7160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA

SUS: 702802178712960

Responsável: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUSA - 0

Temp.: 36°C

Peso: 0Kg

F.A.: 0

Procedimentos

11/01/2019 4:46 0301060118 ACOlhIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

11/01/2019 4:52 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

☐ Vermelho - Emergência☐ Laranja - Muito Urgente☒ Amarelo - Urgente☐ Verde - Pouco Urgente☐ Azul - Não

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

CLIENTE REFERINDO ACIDENTE MOTOCICLISTICO (QUEDA). NO MOMENTO APRESENTANDO EDEMA PERIORBITAL DIREITA, CORTE EM REGIÃO FACIAL DIREITA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. NEGA DOENÇAS CRONICAS E ALERGIAS MEDICAMENTOSA. PA: 139/95 MMHG; SPO2: 98 %; PULSO: 89 BPM.

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

11/01/2019 04:52:21

431237-MARCOS ANTONIO BRAS
DA SILVA

DADOS CLÍNICOS

CLIENTE REFERINDO ACIDENTE MOTOCICLISTICO (QUEDA). NO MOMENTO APRESENTANDO EDEMA PERIORBITAL DIREITA, CORTE EM REGIÃO FACIAL DIREITA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. NEGA DOENÇAS CRONICAS E ALERGIAS MEDICAMENTOSA. PA: 139/95 MMHG; SPO2: 98 %; PULSO: 89 BPM.

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2019

DIAGNÓSTICO

TRAUMA

EXAMES COMPLEMENTARES

RX RGTINA TRAUMA

DRVAT CID 9999

PRESCRIÇÃO MEDICA

CURATIVO E SUTURA

TRAMADOL, CLORIDRATO 100 MG/ML

1 AMP

(TRAMAL) - 100 MG. SF 0,9 EV EM

1 R

Gessiel Cordeiro Gales
CRM-PI 40366-TE

CONDUTA MEDICA

ENCAMINHADO PARA MEDICAÇÃO

Data: 11/01/2019 Hora: 05:30:22

As 08:30:

paciente apresenta avaliação de lesões maxilo-faciais de dor.

O paciente apresenta trauma de SF 0,9% EV em 12. 9/12

- Apresenta trauma EV, 12. 9/12

10/531

Dr. Edivaldo Junior M. Leal
Médico
CRM-PI 7465Gessiel Cordeiro Gales
CRM-PI 40366-TE

Responsável: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO DE

7160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA

equatorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.040.749/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAZ de/98

Para controle
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

Nº da Nota Fiscal

018003496

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.638 de 26 de abril de 2002.

FEVEREIRO/2019

VENCIMENTO
26/02/2019

CONSUMO (KWH)
96

TOTAL A PAGAR (R\$)
91,37

ANTONIO FRANCISCO DE SOUSA
TV 13 DE MAIO O ROSARIO
CPF: 00003408445311
CEP: 64.500-000 - OZEIRAS

ROT: 65.770.15.17.109580

DADOS DA LEITURA	DATA DA LEITURA
Atual: 1430	19/02/2019
Anterior: 1334	18/01/2019
Constante de Multiplicação: 96	Anterior: 21/03/2019
Consumo Medido: 96	Próxima Leitura: 18/02/2019
Consumo Faturado: 96	Emissão: 19/02/2019
	Apresentação: 32
Código de Irregularidade:	

CLASSIFICAÇÃO	LIGACÃO	NÚMERO MEDIDOR	POSTO	CODIGO FISCAL	MÉDIA 12 MESES
RESIDENCIAL		41853200		1.1.1.1	78

Mês/Ano	Consumo	CONSUMO	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)
JAN/19	70	96 A R\$ 0,889544	85,39
DEZ/18	69		5,98
NOV/18	89		
OUT/18	91		
SET/18	77		
AGO/18	87		
JUL/18	61		
JUN/18	67		
MAI/18	68		
ABR/18	60		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 96 - R\$ 0,823550

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 05/03/2019, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar, também, a inclusão do nome do consumidor no CADINRA, informamos ainda existentes contas vencidas e já reavaliadas no valor de R\$ 407,76 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
01/2019	64,76	

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

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	17,29	Base de Cálculo:	85,39
Energia:	33,38	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	5,65	Valor do ICMS:	18,78
Encargos:	3,56	Valor do PIS:	1,20
Tributos:	25,51	Valor do COFINS:	5,53

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DTC		TIC		SASC		DICR
	Plano	Atual	Plano	Atual	Plano	Atual	Plano
Conta	6,03	12,06	24,12	3,61	7,23	14,45	3,54
Recebido	0,00		0,00		0,00		
Saldo							

ROT: 65.770.15.17.109580

equatorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.040.749/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO

0940025-7
MÊS FATURADO

02/2019

Nº da Nota Fiscal:

TOTAL A PAGAR - R\$

91,37
VENCIMENTO

26/02/2019

018003496 FCAM

8368000000 9 91370017000 8 00000000040 7 02570219008 0



SEQ.: 00148 UC: 0940025-7 DT. EIT.: 19/02/2019 T. ENTR.: 03

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2019

DPVAT

TOTONHO FREITAS, 657,00
CEIRAS NOVA, CEIRAS/PI - 64500-000
CNPJ: 06553564001371
(89) 3462-1213 - () - L.O

Atendimento: P063931
Data: 11/01/2019
Funcionario: SILVERIA

Registro: 8375
Hora: 04:46:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: FEMININO
SUS

Senha 40

ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUSA CPF: - RG: - CARTÃO DO SUS 702802178712960
Nasc.: 17/08/1984 Idade: 34 ANOS, 4 MESES, 25 DIAS Profissão: Civil: OUTROS CEP: 64500-00
End.: TRAVESSA 13 DE MAIO, 0 - Bairro: ROSARIO Cidade: CEIRAS/PI
Con: SEM Telefone: () - Mãe: RAIMUNDA NONATA DE SOUSA Pai:

Clínica: CLINICA MEDICA Documento: 7160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA SUS: 702802178712960
Responsável: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUSA - G Temp.: 36°C Peso: 0Kg E.A.: 0

Procedimentos

11/01/2019 4:46 0301060118 ACOlhIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
11/01/2019 4:52 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

CLIENTE REFERINDO ACIDENTE MOTOCICLISTICO (QUEDA). NO MOMENTO APRESENTANDO EDEMA PERIORBITAL DIREITA, CORTE EM REGIÃO FACIAL DIREITA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. NEGA DOENÇAS CRONICAS E ALERGIAS MEDICAMENTOSA. PA: 139/95 MMHG; SPO2: 98 %; PULSO: 89 BPM.

ASSINATURA DO PROFISSIONAL
11/01/2019 04:52:21

431237-MARCOS ANTONIO BRAS
DA SILVA

DADOS CLÍNICOS

CLIENTE REFERINDO ACIDENTE MOTOCICLISTICO (QUEDA). NO MOMENTO APRESENTANDO EDEMA PERIORBITAL DIREITA, CORTE EM REGIÃO FACIAL DIREITA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. NEGA DOENÇAS CRONICAS E ALERGIAS MEDICAMENTOSA. PA: 139/95 MMHG; SPO2: 98 %; PULSO: 89 BPM.

Corretora
DE SEGUROS

13 MAR 2019

DIAGNÓSTICO

TRAUMA

EXAMES COMPLEMENTARES

RX RGTINA TRAUMA

DRVAT CID 9999

PRESCRIÇÃO MEDICA

CURATIVO E SUTURA
TRAMADOL, CLORIDRATO 100 MG/ML 1 AMP
(TRAMAL) - 100 MG. SF 0,9 EV EM 1 R

Gesniel Cordeiro Gales
CRM-PI 40366-TE

CONDUTA MEDICA

ENCAMINHADO PARA MEDICAÇÃO

Data: 11/01/2019 Hora: 05:50:22

As 08:50:

paciente apresenta avaliação de lesões maxilo-faciais de dor.

At. maxilo-facial com fratura de SF 0,9%, EV. em 12. 9/12

- Prescrição - 1000. EV. 12 horas

10/531

Dr. Evandro Junior M. Leal
Médico
CRM-PI 7465

11/01/2019
05:50:22

Responsável: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO DE

7160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.000417/2019-68

Unidade de Registro: 4ª DRPC - OEIRAS

Resp. pelo Registro: Etevaldo De Andrade Filho

Data/Hora: 19/02/2019 - 16:16

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE OEIRAS

11/01/2019 - 04:20

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

OEIRAS

Bairro

OUTROS - ZONA URBANA

Endereço

PI-143 ANEL VIÁRIO - PRÓXIMO AO CAIC, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

RG: 2.320.307 SSP PI

Mãe: RAIMUNDA NONATA DE SOUSA

Endereço: TRAVESSA 13 DE MAIO, Nº S/Nº

Complemento: BAIRRO ROSÁRIO

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: OEIRAS

Telefone(s): 89-9446-7403

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2019

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

DPVAT

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - YAMAHA. OUTROS

2018 PIZ3308 9C6RG3140J0016493

011660609305

Branca

Condutor: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA

RG: 2.320.307 Órgão: SSP UF RG: PI

End: TRAVESSA 13 DE MAIO Número: S/Nº Complemento: BAIRRO ROSÁRIO

Cidade: OEIRAS UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Proprietário: ISRAEL DE SOUSA

Cidade: OEIRAS UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

DECLARA a notificante que, no dia 11/01/2019, por volta das 04:20 horas, trafegava pelo ANEL VIÁRIO (PI-143), sentido BR-230, conduzindo a motocicleta de marca YAMAHA/YBR150 FACTOR ED, ANO DE FAB./MOD.: 2018/2018, COR: BRANCA, PLACA: PIZ-3308-OEIRAS-PI, CHASSI: 9C6RG3140J0016493, RENAVAM: 01166609305, em nome de ISRAEL DE SOUSA, QUE em determinado trecho, mais precisamente, nas proximidades do CAIC, perdeu o controle de direção de referido veículo, vindo a cair; QUE em decorrência da queda, apresenta edema periorbital direita, corte em região facial direita e escoriações pelo corpo, sendo em seguida socorrida por terceiros e encaminhada a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), em Oeiras e logo depois transferida para o Hospital Regional Deolindo Couto (HRDC), em Oeiras, onde foi feito procedimento cirúrgico na face. Era o que tinha a noticiar.

Etevaldo De Andrade Filho - Mat. 036702X
AGENTE DE POLÍCIA

ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA - Notificante
Responsável pela Informação

Antônio Nilton A. de Almeida
Delegado de Polícia Civil
19/02/2019



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 112391.000417/2019-68

Delegado de Polícia

Antônio Nilton L. M. M.
Delegado de Polícia Civil
M. 112391.000417/2019-68



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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **026.026.333-80** Nome completo da vítima: **ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: **ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA** CPF: **026.026.333-80**
Endereço: **TRAVESSA - 13 DE MAIO** Número: **514** Complemento: **-**
Cidade: **JOIÃO PIVAS** Estado: **PIAUÍ** CEP: **64.500.000**
Tel. (DDD): **89-99446-7403**

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

RENDA MENSAL: ☐ R\$0,00 ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (901) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1383** - CONTA: **64.389** **9**
(informar o dígito verificador) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Após a entrega desta documentação e a abertura da conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT será pago em nome de minha conta corrente e banco, desde já e somente após a efetivação da crédito liquidação total do valor recebido.

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

Assim, declaro, sob pena de prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, que não tenho, desde já, em meu sustento, a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões, comprometimentos ou danos de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que essa autorização não significa concessão de indenização futura ou avaliação médica ou pericial em caráter de carteria, caso o pedido de indenização for concedido.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: **13 MAR 2019**

Existem parentes com a vítima: Última deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a última deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Existem filhos: ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Última deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós? ☐ Sim ☐ Não

Este cliente de quem a primeira Líder pagará, caso devesse, a indenização de Seguro DPVAT por morte de únicos beneficiários que se apresentarem e provarem a sua condição, estando a vítima, antes, do que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade civil prevista no art. 299 do Código Penal.

Local e Data, **Terreiros, 13-03-19**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina a RSC

Romana Maria da Conceição Sousa
Assinatura de vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Rafael Martin Silva
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não autorizado deverá escolher outra pessoa habilitada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, ASSINANDO, em nome de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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

Nome completo da vítima: **ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA**
CPF da vítima: **026.026.333-80**
Nome completo do segurado: **ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA**
CPF do segurado: **026.026.333-80**
Endereço: **TRAVESSA - 13 DE MARÇO**
Cidade: **JOAZEIRO**
Estado: **PE**
CEP: **54.500-000**
Tel. (DDD): **89-99446-7403**

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

RECEITA MENSAL:
☐ REQUERER INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (901) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1383** - CONTA: **64.389** **9**
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Após a entrega desta documentação e a abertura da conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT será depositado em minha conta corrente e banco, desde já e somente após a efetivação da crédito liquidação total do valor recebido.

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

Esta minha assinatura, sob o compromisso de que se do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, não sendo a única já em meu nome, a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões, e a consequente determinação de indenização de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa concessão de indenização futura, avaliação médica ou qualquer outro benefício da seguradora, caso o pedido de indenização seja concedido.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: **13 MAR 2019**

Existem parentes com a vítima: ☐ Sim ☐ Não Última deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a última deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Existem filhos: ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós: ☐ Sim ☐ Não

Este cliente de quem a primeira Líder pagará, caso devesse, a indenização de Seguro DPVAT por morte de únicos beneficiários que se apresentarem e provarem a sua condição, estando a vítima, antes, do que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade civil prevista no artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, **Joazeiro - PE, 13-03-19**
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina a RSC

Romana Maria da Conceição Sousa
Assinatura de vítima/beneficiário (declarante)

Rafael Martin Silva
Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não autorizado deverá escolher outra pessoa autorizada, sadiente e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, ASSINANDO, em nome do/da(s) beneficiário(s) maiores e capazes, comprometendo-se a dar ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Rio de Janeiro, 21 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190194724

Vítima: ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA

Data do Acidente: 11/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RANYERE MARTINS SILVA

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14085407



Rio de Janeiro, 18 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190194724

Vítima: ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA

Data do Acidente: 11/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01383

CONTA: 000000064389-9

Nr. da Autenticação C37FDFFB373A8FCB

PA24h

TOTONHO FREITAS, 657,00
OETRAS NOVA, OETRAS/PI - 64500-000
CNPJ: 06553564001371
(89) 3462-213 - () - L.O.

Atendimento: P063931
Data: 11/01/2019
Funcionario: SILVERTA
Senha 40

Registro: 8375
Hora: 04:46:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: FEMININO
SUS

ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUSA CPF: - RG: - CARTÃO DO SUS 702802178712960
Nasc.: 17/08/1984 Idade: 34 ANOS, 4 MESES, 25 DIAS Profissão: Civil: OETRAS CEP: 64500-00
End.: TRAVESSA 13 DE MAIO, 0 - Bairro: ROSARIO Cidade: OETRAS/PI
Con. SSM Telefone: () - Mãe: RAIMUNDA NONATA DE SOUSA Pai:

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 7160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA SMS: 702802178712960
Responsavel: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUSA O Temp.: 0°C Peso: 0Kg F.A.: 0

Procedimentos

11/01/2019 4:46 0301063118 ACOELHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
11/01/2019 4:52 0301013072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA
☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não

ANOTAÇÕES DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

CLIENTE REFERINDO ACIDENTE MOTOCICLISTICO (QUEDA). NO MOMENTO APRESENTANDO EDEMA PERIORBITAL DIREITA, CORTE EM REGIÃO FACIAL DIREITA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. NEGA DOENÇAS CRÔNICAS E ALERGIAS MEDICAMENTOSA. PA: 139/95 MMHG; SPO2: 98 %; PULSO: 89 BPM.

ASSINATURA DO PROFISSIONAL
11/01/2019 04:52:27

431297-MAECC ANTONIO BRAC
DA SILVA

DADOS CLÍNICOS

CLIENTE REFERINDO ACIDENTE MOTOCICLISTICO (QUEDA). NO MOMENTO APRESENTANDO EDEMA PERIORBITAL DIREITA, CORTE EM REGIÃO FACIAL DIREITA E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. NEGA DOENÇAS CRÔNICAS E ALERGIAS MEDICAMENTOSA. PA: 139/95 MMHG; SPO2: 98 %; PULSO: 89 BPM.

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2019

DIAGNÓSTICO

TRAUMA

EXAMES COMPLEMENTARES

RX. ROTINA TRAUMA

DRVAT

CD 9599

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CURATIVO E SUTURA 1
TRANADOL, CLORIDRATO 100 MG/ML 1 AMP
(TRANAL: + 100 ML SF 0,9 EV EM 1 h

Genival Cardozo Gales
OETRAS/PI - 64500-000

CONDUTA MÉDICA

RECOMENDADO PARA MEDICAÇÃO

Data: 11/01/2019 Hora: 05:50:22

As 08:30:

Paciente apresentando analgesia to sua marcha.
anexa-se de dor.

Id. manual sang + manual de SFO. 97%, EV. na H. 9.12

Apresenta - sang. EV. na H. 9.12

10.331

Dr. Edvaldo Junior M. Leal
Médico
CRM-PI 7066

Genival Cardozo Gales
OETRAS/PI - 64500-000

Responsavel: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO DE

7160 - VICTOR SIMÕES DA SILVA

PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: _____

ALA: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ DATA: 13/03/2019

M A N H Ã	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
		0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
		0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
		0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
		0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
		0309010101	SONDAGEM ENTERAL
		0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
		0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO
		0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA
		0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

T A R D E	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO		CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
		0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
		0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
		0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA
		0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS
		0309010101	SONDAGEM ENTERAL
		0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
	0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO	
	0309010071	NUTRIÇÃO PARENTERAL EM ADULTO	
	0202010473	GLICEMIA CAPILAR	

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2019

CAT

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO			CARIMBO DO ENFERMEIRO(A)
N O I T E	0401010023	CURATIVO GRAU I C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0401010015	CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO	
	0301100071	CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	
	0301100063	CUIDADOS COM ESTOMAS	
	0309010101	SONDAGEM ENTERAL	
	0301100179	SONDAGEM GÁSTRICA	
	0301100047	CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
	0301100055	CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
0309010047	NUTRIÇÃO ENTERAL EM ADULTO		

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2019

DPVAT

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2019

DPVAT

Nome: Romana Maria da Conceição
Médico: Edvaldo Júnior N. Leal

Número: 384
Data Exame: 11/01/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS DA FACE

RELATÓRIO

O exame tomográfico computadorizado dos seios da face realizado com cortes em padrão helicoidal, nos planos axiais e coronais, usando filtros de alta resolução para partes moles e de alta definição óssea, partindo do maxilar superior em direção ao seio frontal, mostrou:

- Seio maxilar esquerdo : com anatomia e relevos mucosos preservados.
- Complexos ostiomeatais permeáveis.
- Células etmoidais: pneumatizadas, íntegras.
- Seio frontal: sem alterações tomográficas.
- Seio esfenoidal: preservado.
- Desvio do septo nasal à direita .
- Cornetos nasais: com anatomia preservada.
- Fraturas cominutivas em paredes anterior , posterior e lateral do seio maxilar direito , associado a hemossinus e a pequenos fragmentos ósseos no interior do mesmo.
- Fraturas em assoalho e parede lateral da órbita direita e em arco zigomático direito.
- Restante da estrutura óssea da face: com densidade e anatomia preservados.
- Edema em partes moles da região temporal , malar e peri-orbitária à direita , associado a pequeno enfisema subcutâneo.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

1. Fraturas cominutivas em paredes anterior , posterior e lateral do seio maxilar direito , associado a hemossinus e a pequenos fragmentos ósseos no interior do mesmo.
2. Fraturas em assoalho e parede lateral da órbita direita e em arco zigomático direito.
3. Edema em partes moles da região temporal , malar e peri-orbitária à direita , associado a pequeno enfisema subcutâneo.
4. Desvio do septo nasal à direita .


Leonardo Robert de Carvalho Braga
CRM 1667

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2019



HPDC
HOSPITALITY & PUBLIC DEVELOPMENT CENTER

Data: 13/01/19

841

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Maria da Conceição
da Oliveira e Silva
Técnico em Enfermagem

Frankfurt R. de Silesia
Ausschuss der Elternschaft
GO 2-16.2. 19.10.1910

5

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

DPVAT

Geane Mendes da Silva
01/09/2019 - 11

Rua do Estádio, 100
 Fátima de Azevedo
 Técnica de Enfermagem
 COFEN-PI. 1229551



Piauí
GOVERNO DO ESTADO

HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA 24h
PRESCRIÇÃO MÉDICA



UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

NOME DO PACIENTE: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO		ENFERMARIA: 03	LEITO: 02	Nº PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO:				
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM HORÁRIO OBSERVAÇÕES		
12/01/2019	# TRAUMA FACIAL			
	1. DIETA ORAL BRANDA			
	2. JELCO SALINIZADO			
	3. TRAMMAL 100MG+SFO,9% 100ML EV 8/8H ACM			
	4. RANITIDINA- 01AMP + AD, EV, 12/12H			
	5. DIPIRONA 500MG/ML- 02ML+AD, EV, 06/06H, SE TDO OU TAX>37,8°C			
	6. BROMOPRIDA 1AMP+AD EV ATÉ 8/8H S/N			
	7.- CETOPROFENO 100MG 1CP VO 12/12H			
	8-SSV-CCGG			
	9. Encaminhado para UPA com SEQUÊ.			

Jose Roberto de Paula Pina
CRM-PI 1547

HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
AV. RUI BARBOSA, 586 - FONE: (89) 3462-1213
OEIRAS - PIAUÍ

Nome:

Romana Maria da Conceição de Souza

FOLHA DE ANESTESIA

Data 15/03/09

Cat.

A. I. H.

Matrícula

Função
Respiratória

ASA II

Sistema
Circulatório

T. A.

Eletrocardiograma

Sistema
Respiratório

Asma

Bronquite

Aparelho
Digestivo

Aparelho
Urinar

Estado
Mental

Corticoide

Atarácicos

Outros

Diagnóstico
Pré-Operatório

Riscos

Pré-medicação
(Agentes e Doses)

Aplicado às

Efeito

O2. Litros p/ Minutos

Início O₂ 12:50

16:30

Duração O₂

Total de Doses:

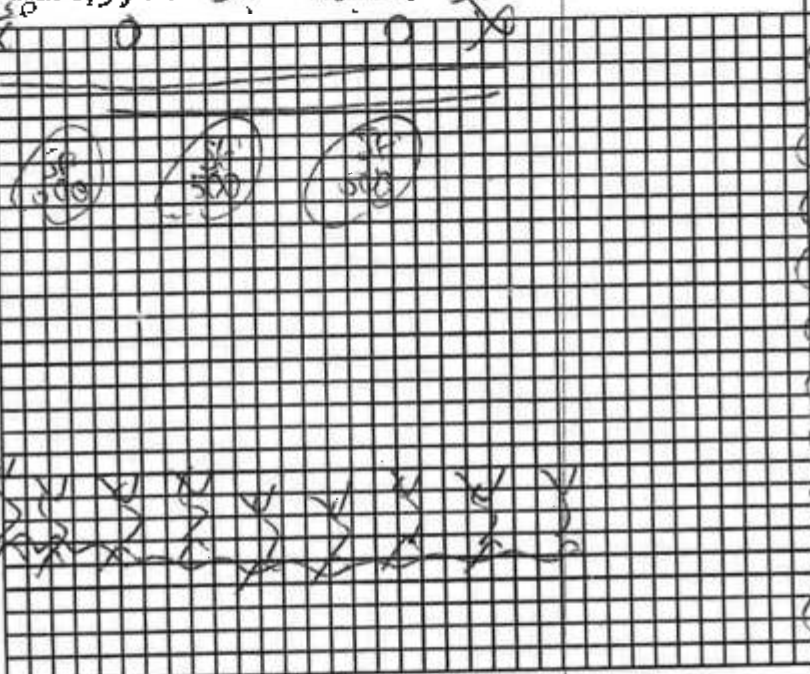
Agentes
Anestésicos

Halotano
Fluotano
Outros

Líquidos

Solutos
Sangues
Outros

260
240
220
200
180
160
150
140
120
100
80
60
40
20
10



- 1) Cetilar 200
- 2) Eleonora 100
- 3) Romilda 100
- 4) Urutara 20
- 5) Ordonel 100
- 6) Romilda 100
- 7) Romilda 100
- 8) Serechil 100
- 9) Romilda 100
- 10) Atropina 100
- 11) Miosina 100

Início
Anestesia

16:30

Término
Anestesia

18:30

Duração

2h

Geral

Raque

Peridural

Outros

Código SSMAMB

COORDENADORA
DE SEGUROS

Operações

Tot. cirurgia de fratura

13 MAR 2009

Osse e lado direito

DPVAT

Cirurgiões

Dr. Pablo + Acd. Gabriel

TOTAL US

Anestesiologistas

Dr. Eduardo

TOTAL CH

Particularidades

Edmundo Barroso de Carvalho
Med. CC Anestesiologia
CRM PI 2885

Date: 10/01/29

Leño: 08/10/08

DN: 37 1081 84

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Admission Requirements

For information
call 1-800-657-2088

Maria Zuleide de Almeida e Silva
Rua Maria Th. da Penha 150, 211
Cidade 36, 900 SA 2101-800 RJ
H8

Lucia de A. S. Silva
Téc. em Enfermagem

1045401

16.15 drink enough or so constantly

Oryzopsis *amblyoides* var. *dusky*. 300
m SE cm SFD, y/o. 500 m from base of hill.

16:50	Spiced Quinoa Salad	Salad
16:40	Spiced Quinoa Salad	Salad
16:30	Spiced Quinoa Salad	Salad

Tempo 12: 70 com balões: "fogo após água"

$P = 63$ hr @ 100%

16. 509 a taxa semântica
17. 00 Imediato procedente e enviado

[illegible][illegible]

14:35 término do procedimento cilíndrico
14:38 v 29 min 14 p = 21 min SP. 100 cm 100 cm

138551
CORE



ATA E
Banco Médico

HOSPITAL REGIONAL DE OLINDO COUTO

PRESCRIÇÃO MÉDICA



UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

NOME DO PACIENTE: *Leonora Maria de Almeida*

ENFERMARIA *02*

LETO: *01*

Nº PRONTUÁRIO:

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Sauê

HORÁRIO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

POIDE

Cd: *Paula Longhini em face*

1 - Dieta oral *zero. Líquida a partir das 18h*

2 - SG5%-----2000ml, EV +- 35 gotas/min

NACL 10%-----amp por soro

3 - Cefalotina 1g---01 amp+AD, EV de 6/6h

4 - Tramal 50mg---01 amp+100ml de SF0,9%, EV de 6/6h

5 - Tifatil---01 amp+AD, EV de 12/12h

6 - Dipirona---01 amp+AD, EV de 6/6h

7 - Ranitidina 50mg---01 amp+AD, EV de 8/8h

8 - Bromoprida---01 amp+AD, EV de 8/8h

9 - Mantar-SVD--- *SUSPENSÃO*

10 - CCGG e SSV

11 - *Paracetamol 01 Amp+AD*

Paulo Diego V. de Alencar
Cirurg. Bucodentofacial
CRO 2580 - CPE 004.797.523-70

Dr. Paulo



MINISTARSTVO
PROSVETE I
NAUKE
REPUBLIKE
SRBIJE

Data: 10/01/19

DN: 17108184

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CORENPI-547 696

C.N.P.J. 06.553.564/0013-71

SUS**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ**
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

		UNIDADE		Código / CNPJ	
Nome		HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO		06.553.564/0013-71	
Endereço		Av. Rui Barbosa, 586		Município	OEIRAS
CEP		64.500-000		UF	PI
		FONE		(89) 3462-1213	
ÓRGÃO EMISSOR					
PACIENTE	Nome do Paciente				
	Endereço-Rua-Número-Bairro				
	Município				
SEGURADO	CEP	Data do Nascimento	SEXO	CONDICÃO	
	64500-000	13/08/1984	Masculino ☐ 1 Feminino ☒ 3	Segurado ☐ 2 Cônjuge ☐ 4 Filho ☐ 6 Outro Dep ☐ 8	
Nome do Segurado					
PIS/PASEP Nº Individual					
Vínculo com a Previdência					
Empregado ☐ 1 Empregador ☐ 2 Autônomo ☐ 3 Desempregado ☐ 5 Aposentado ☐ 7 Não Segurado ☐ 9					
CNPJ da Empresa					
CPF do Médico Solicitante		Proced. Solicitado	Cart. Int.	Data Emissão	CPF Médico Responsável
Ass: Médico Responsável					
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO		Causa Externa	CNPJ da Seguradora	Nº do Bônus	Série
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
Principais Sinais e Sintomas Clínicos					
Paciente vítima de acidente automobilístico. Evolui com traumatismo no foca e sinais fisiológicos de foca mostra múltiplas fraturas.					
Condições que Justificam a Internação					
As acima					
Principais Resultados de Provas Diagnósticas					
Raio X + Exame Físico + TC de Foc.					
Diagnóstico Inicial					
Traumatismo de Foc.					
Procedimento Solicitado					
Internação					
Clínica Cirúrgica ☐ 1 Obstétrica ☐ 2 Cli. Médica ☐ 3					
Fisioterapia ☐ 4 Psiquiátrica ☐ 5 Pediátrica ☐ 7 Outros ☐ 9					
Assinatura do Médico Solicitante (Examinador)					
Dr. Edvaldo Júnior M. Leal Médico CRM-PI 7465					
CRM					
7465					
Data					
11/01/19.					

PJ CORRETORA DE SEGUROS

13 MAR 2019

PRIVAT



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO - OEIRAS - PIAUÍ

REGISTRO DO TRANS-OPERATÓRIO - CHECK LIST CIRÚRGICO

Paciente: Romana Maria da Conceição de Sousa
Idade: 35 anos Enf./Leito: _____
Procedimento Cirúrgico: Tratamento Cirúrgico de Fratura do MME lado Direito
Chegada do paciente à sala cirúrgica: às 16:20 Data: 15/01/19

I CHECK LIST - Na entrada do centro cirúrgico

Checar dois identificadores do paciente (nome completo e número do prontuário)

Nível de Consciência

☒ Consciente ☐ Orientado ☐ Sonolento ☐ Comatoso ☐ Outro: _____

Padrão Respiratório

☐ Eupnéico ☐ Dispnéico ☐ Apnéia ☐ Entubado sob VM ☐ Outro: _____

Motricidade

☒ Deambulando sem Auxílio ☐ Deambulando com Auxílio ☐ Cadeira de rodas ☐ Acamado

☐ Déficit motor: _____

Pele

☒ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Ictéria ☐ Integra ☐ Úlcera por Pressão

☐ Presença de acesso venoso _____ ☐ Traqueostomia _____

Sistema Digestivo

☐ Jejum desde as _____: _____ ☐ Náuseas ☐ Vômito ☐ SNG ☐ SNE ☐ Ostomias _____

Sistema Renal

Diurese: ☐ Espontânea ☐ Ausente ☐ SVD ☐ Retenção ☐ Incontinência

Antecedentes Patológicos: _____

13 CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2019

SSVV	CHEGADA					DEPARTAMENTO
PA	120 X 80	145 X 84	130 X 80	123 X 78	113 X 64	117 X 74
FC	60 bpm	63 bpm	63 bpm	65 bpm	79 bpm	80 bpm
SATO2	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Enfermeiro / Técnico de Enfermagem: Francisco Maria da Silva
COREN / Matrícula: 24c. Enfermagem
COREN-PI 1238552



HOSPITAL REGIONAL DE OLINDA COUTO

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA 24h



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE: Rosângela Maria de Jesus - OLIVEIRA ENFERMAGEM: 08 LEITO: 07 Nº PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO: 14/08/54

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

16/08/2018 Hospital Regional de Olinda Couto

Pablo Diego V. de Alencar
Cirurgião Buccomaxilofacial
CRIO 2583 - CPF: 004.197.525-70

CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2018

DPVAT



(Preencher quando não houver etiqueta)

Nome: Romana M. de Sousa de Sousa

Idade: 34 anos Reg.: 8376

Data de Nascimento: 17/08/84

Médico: Dr. Jayson Convênio: SUS

TERMO DE ESCLARECIMENTO, CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA ANESTESIA, SEDAÇÃO OU ACOMPANHAMENTO DO ANESTESIOLOGISTA

PROCEDIMENTO ANESTÉSICO A SER REALIZADO:

ANESTESIOLOGISTA RESPONSÁVEL / CRM:

Geral Balanceada

Eduardo Cerequeira 3885-ND

Declaro que fui devidamente esclarecida(o) sobre o procedimento anestésico ao qual serei submetida(o) e a(o) paciente pela(o) qual sou responsável - seus benefícios, alternativas, possíveis riscos e complicações.

Informe(a) médica(o) Anestesiologista meu completo histórico médico e anestésico progressos, bem como alergias e particularidades de minha clínica.

Fui informada(o) de que o tabagismo, uso de drogas entorpecentes e do álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento a que serei submetida(o) e da importância de comunicar o eventual uso.

Fui informada(o) de que, a escolha da técnica anestésica ideal para cada caso depende da avaliação do anestesiologista, da condição clínica do paciente, do procedimento cirúrgico proposto e do consentimento da(o) paciente.

Fui informada(o) de que, como qualquer procedimento médico, o procedimento anestésico a ser realizado não é isento de risco, intercorrências ou complicações.

Nos casos de anestesia regional (Raqui-anestesia / Peridural ou Anestesia Combinada raqui-peri) as complicações mais frequentes são dor de cabeça, eventual inflamação no local da punção anestésica ou de local da punção de vasos sanguíneos, náuseas e/ou vômitos, sangramento, prurido (coceira), alterações da sensibilidade cutânea (de onde se originam as formigamentos) de membros, tremores e tonturas.

Nas situações de Anestesia Geral e ou de Sedação poderá ser necessária manipulação das vias aéreas com ou sem suporte ventilatório, sendo que extraordinariamente poderá também ocorrer comprometimento da arcada dentária, alteração do nível de consciência intra ou pós-operatória, lapsos de memória ou rouquidão.

Em situações excepcionais independentemente da técnica anestésica indicada poderão ocorrer: reações alérgicas, incluindo anafilaxia, afecções circulatória, flebites, complicações infecciosas ou outros eventos mais raros.

Reconheço que não existe garantia absoluta sobre o resultado a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis na instituição para que seja alcançado o melhor resultado.

Tive a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco ou palavras com quais não concordasse. Confirmando que li e compreendi todo o acima exposto e que tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais foram respondidas satisfatoriamente.



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO
OERAS - PIAUÍ



PREENCHER QUANDO NÃO HOUVER ETIQUETA

Prontuário: 8376 Atendimento: _____
Data da Internação: 14/01/19 Hora: 19:50
Paciente: Barbara Vitoria Santos Sexo: F
Data de Nascimento: 17/02/89 Idade: 34 anos
Convênio: SUS Plano: _____ Carteira: _____
Médico responsável: Dr. Jayson

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS E CIRURGIAS

Declaro que CONCORDO com a realização do(s) seguintes procedimento(s) Invasivo(s) e/ou cirurgia(s) _____ indicado(s) pelo Dr.(a) _____, inscrito(a) no CRM sob o nº _____.

1. Declaro que recebi todas as explicações relacionadas à proposta do procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia ao qual serei submetido(a), inclusive quanto aos seus benefícios, riscos, potenciais complicações: _____, métodos alternativos e possíveis consequências se eu optar por não os realizar. Ainda, tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais foram respondidas satisfatoriamente, bem como compreendi que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
2. Caso ocorra algum imprevisto que necessite de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos, autorizo a realização de qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia.
3. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento do diagnóstico, do tratamento e/ou estudo científico.
4. Declaro estar ciente de que para realizar o mencionado procedimento/cirurgia/tratamento/exame poderá ser necessária a aplicação de anestesia, bem como tenho conhecimento dos riscos e eventuais consequências decorrentes do emprego dessa técnica médica.
5. Autorizo o médico a buscar auxílio de sua equipe e/ou outros profissionais.
6. Declaro que não omiti informações quanto à minha saúde, bem como informei todos os medicamentos já utilizados e procedimentos sobre os quais já fui submetido anteriormente.
7. Declaro possuir alguma restrição de ordem religiosa e/ou cultural:
☒ Não ☐ Sim: _____
8. Declaro estar ciente de que durante o procedimento/tratamento, poderão ser gravadas imagens, sons e/ou vídeos, assim como não me oponho à publicação dos referidos materiais, desde que preservado o sigilo da minha imagem e identidade, bem como respeitada a legislação pertinente.
9. Confirmando que recebi as devidas explicações e orientações adicionais através dos informativos relacionados ao procedimento, bem como tive a oportunidade de anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.
10. Estou ciente de que posso solicitar novos esclarecimentos, assim como posso revogar, total ou parcialmente, o meu consentimento antes que o(s) procedimento(s)/tratamento(s)/exame(s) seja(m) realizado(s).
11. Por fim, declaro que li, compreendi e concordo com os itens referidos acima.

ESTE ESPAÇO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

☐ Paciente
☒ Responsável

Assinatura: Barbara Vitoria Santos
Nome: _____
Grau de parentesco: Mãe

Assinatura: _____
Documento de identidade: 1-3 MAR 2019

Oeiras, 14 de Jan de 19 Hora: 19:50

DPVAT

DECLARAÇÃO DO MÉDICO / PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

Declaro que explico de modo objetivo e claro todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia ao qual o referido paciente está sujeito, esclarecendo seus benefícios, riscos e alternativas, bem como tendo respondido às perguntas formuladas pelo mesmo e/ou seu responsável legal. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável está(ão) em condições de compreender tudo que foi informado.

Oeiras, 14 de Jan de 19 Hora: 19:50

Nome completo e/ou Assinatura: Dr. Jayson Nº do conselho: 0241-899



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO - OEIRAS - PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGUROS

13 MAR 2019

DPVAT

HRDC
HOSPITAL REGIONAL DEOLINDO COUTO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Data: 12.10.18

Paciente: Romana Infância da Conceição Leito: 03 DN: 19.10.18

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
08:45 hrs. Paciente acordada - 11.00 14:15 hrs. 80 bpm, 36.0°C 14:30 - 36.0°C	
09:02 - 14.10x80mmHg, Tax 36.0, pressão de pulso 100, 36.0°C, 38.0°C	
15:22 hrs. Paciente acordada - 11.00 16:30 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
17:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
18:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
19:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
20:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
21:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
22:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
23:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
24:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
25:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
26:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
27:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
28:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
29:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
30:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
31:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
32:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
33:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
34:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
35:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
36:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
37:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
38:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
39:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
40:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
41:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
42:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
43:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
44:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
45:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
46:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
47:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
48:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
49:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
50:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
51:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
52:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
53:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
54:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
55:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
56:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
57:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
58:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
59:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	
60:00 hrs. 100 bpm, 36.0°C, 38.0°C	

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA
 RG: 2-320-3071 Orgão Emissor: SSP-PJ CPF: 026.026.333-80
 Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADA Profissão: LAURIDEIRA
 Endereço: TRAVESSA - 13 DE MAIO Nº 512
 Bairro: ROSÁRIO Cep: 64500-000 Cidade/UF: DEIRAP - PI
 Telefone: (89) 99446-7403 () ()

OUTORGADO:

Nome: RANYERE MARTINS SILVA
 RG: 2-164096 Orgão Emissor: SSP-PJ CPF: 096400283-42
 Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: GUARDA
 Endereço: AV. DOM. EXPEDITO LOPES Nº 217
 Bairro: JURUPITUBA Cep: 64500-000 Cidade/UF: DEIRAP - PI
 Telefone: (89) 99408-3583 (89) 99437-3721 ()

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA
 CPF: 026.026.333.80 Data do Acidente: 11/01/2019
 Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

DEIRAP, 01 DE MARÇO DE 2019
 Local e data

3º Ofício

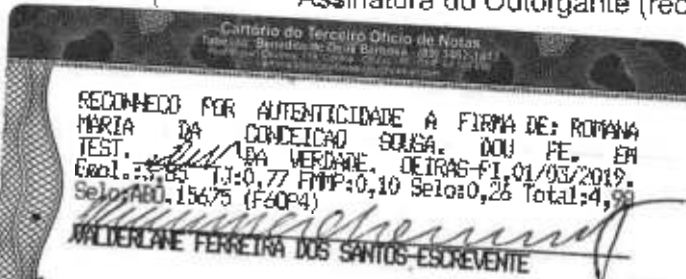
ROMANA

Romana Maria da Conceição de Sousa

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

PJ CORRETORA DE SEGUROS

13 MAR 2019



DPVAT

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0137269/19

Número do Sinistro: 3190289042

Vítima: ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOU

CPF: 026.026.333-80

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/01/2019

Titular do CPF: ROMANA MARIA DA
CONCEICAO DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA : 026.026.333-80

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/05/2019
Nome: RANYERE MARTINS SILVA
CPF: 046.400.283-42

RANYERE MARTINS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/05/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0137269/19

Vítima: ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOU

CPF: 026.026.333-80

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/01/2019

Titular do CPF: ROMANA MARIA DA
CONCEICAO DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

RANYERE MARTINS SILVA : 046.400.283-42

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

ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA : 026.026.333-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/04/2019
Nome: RANYERE MARTINS SILVA
CPF: 046.400.283-42

RANYERE MARTINS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/04/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

24 ABR 2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1554733950

PROIBIDO PLASTIFICAR
1554733950

DFACALAPALAMBAEESGOAMTMSMGPKPB

Nome: RANYERE MARTINS SILVA

DOC. IDENTIDADE / ÓRGÃO EMISSOR: 3164096 SSP PI

CPF: 046.400.283-42 DATA NASCIMENTO: 19/10/1990

FILIAÇÃO: JOSE DE RIBAMAR SANTOS SILVA
EDILEUSA MARINHO MARTINS SILVA

PERMISSÃO: ACC CAT. HAB: AB

Nº REGISTRO: 05841045485 VALIDADE: 02/01/2023 1ª HABILITAÇÃO: 31/07/2013

OBSERVAÇÕES: A

Assinatura do Portador: Ranyere Martins Silva

LOCAL: OZIRAS, PI DATA DE EMISSÃO: 11/01/2018

Assinatura do Emissor: 14180954844 1320108570

PIAUI

DENATRAN

Nº 012428479166

DETTRAN - PI
CERTIFICADO R50066305 LICENCIAMENTO DE VEICULO
Nº 01166609305
EXERCÍCIO 2018

ISRAEL DE SOUZA

1934 1935 1936 1937 1938 1939 1940 1941 1942 1943 1944 1945 1946 1947 1948 1949 1950 1951 1952 1953 1954 1955 1956 1957 1958 1959 1960 1961 1962 1963 1964 1965 1966 1967 1968 1969 1970 1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978 1979 1980 1981 1982 1983 1984 1985 1986 1987 1988 1989 1990 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 2025 2026 2027 2028 2029 2030 2031 2032 2033 2034 2035 2036 2037 2038 2039 2040 2041 2042 2043 2044 2045 2046 2047 2048 2049 2050 2051 2052 2053 2054 2055 2056 2057 2058 2059 2060 2061 2062 2063 2064 2065 2066 2067 2068 2069 2070 2071 2072 2073 2074 2075 2076 2077 2078 2079 2080 2081 2082 2083 2084 2085 2086 2087 2088 2089 2090 2091 2092 2093 2094 2095 2096 2097 2098 2099 2100 2101 2102 2103 2104 2105 2106 2107 2108 2109 2110 2111 2112 2113 2114 2115 2116 2117 2118 2119 2120 2121 2122 2123 2124 2125 2126 2127 2128 2129 2130 2131 2132 2133 2134 2135 2136 2137 2138 2139 2140 2141 2142 2143 2144 2145 2146 2147 2148 2149 2150 2151 2152 2153 2154 2155 2156 2157 2158 2159 2160 2161 2162 2163 2164 2165 2166 2167 2168 2169 2170 2171 2172 2173 2174 2175 2176 2177 2178 2179 2180 2181 2182 2183 2184 2185 2186 2187 2188 2189 2190 2191 2192 2193 2194 2195 2196 2197 2198 2199 2200 2201 2202 2203 2204 2205 2206 2207 2208 2209 2210 2211 2212 2213 2214 2215 2216 2217 2218 2219 2220 2221 2222 2223 2224 2225 2226 2227 2228 2229 2230 2231 2232 2233 2234 2235 2236 2237 2238 2239 2240 2241 2242 2243 2244 2245 2246 2247 2248 2249 2250 2251 2252 2253 2254 2255 2256 2257 2258 2259 2260 2261 2262 2263 2264 2265 2266 2267 2268 2269 2270 2271 2272 2273 2274 2275 2276 2277 2278 2279 2280 2281 2282 2283 2284 2285 2286 2287 2288 2289 2290 2291 2292 2293 2294 2295 2296 2297 2298 2299 2300 2301 2302 2303 2304 2305 2306 2307 2308 2309 2310 2311 2312 2313 2314 2315 2316 2317 2318 2319 2320 2321 2322 2323 2324 2325 2326 2327 2328 2329 2330 2331 2332 2333 2334 2335 2336 2337 2338 2339 2340 2341 2342 2343 2344 2345 2346 2347 2348 2349 2350 2351 2352 2353 2354 2355 2356 2357 2358 2359 2360 2361 2362 2363 2364 2365 2366 2367 2368 2369 2370 2371 2372 2373 2374 2375 2376 2377 2378 2379 2380 2381 2382 2383 2384 2385 2386 2387 2388 2389 2390 2391 2392 2393 2394 2395 2396 2397 2398 2399 2400 2401 2402 2403 2404 2405 2406 2407 2408 2409 2410 2411 2412 2413 2414 2415 2416 2417 2418 2419 2420 2421 2422 2423 2424 2425 2426 2427 2428 2429 2430 2431 2432 2433 2434 2435 2436 2437 2438 2439 2440 2441 2442 2443 2444 2445 2446 2447 2448 2449 2450 2451 2452 2453 2454 2455 2456 2457 2458 2459 2460 2461 2462 2463 2464 2465 2466 2467 2468 2469 2470 2471 2472 2473 2474 2475 2476 2477 2478 2479 2480 2481 2482 2483 2484 2485 2486 2487 2488 2489 2490 2491 2492 2493 2494 2495 2496 2497 2498 2499 2500 2501 2502 2503 2504 2505 2506 2507 2508 2509 2510 2511 2512 2513 2514 2515 2516 2517 2518 2519 2520 2521 2522 2523 2524 2525 2526 2527 2528 2529 2530 2531 2532 2533 2534 2535 2536 2537 2538 2539 2540 2541 2542 2543 2544 2545 2546 2547 2548 2549 2550 2551 2552 2553 2554 2555 2556 2557 2558 2559 2560 2561 2562 2563 2564 2565 2566 2567 2568 2569 2570 2571 2572 2573 2574 2575 2576 2577 2578 2579 2580 2581 2582 2583 2584 2585 2586 2587 2588 2589 2590 2591 2592 2593 2594 2595 2596 2597 2598 2599 2600 2601 2602 2603 2604 2605 2606 2607 2608 2609 2610 2611 2612 2613 2614 2615 2616 2617 2618 2619 2620 2621 2622 2623 2624 2625 2626 2627 2628 2629 2630 2631 2632 2633 2634 2635 2636 2637 2638 2639 2640 2641 2642 2643 2644 2645 2646 2647 2648 2649 2650 2651 2652 2653 2654 2655 2656 2657 2658 2659 2660 2661 2662 2663 2664 2665 2666 2667 2668 2669 2670 2671 2672 2673 2674 2675 2676 2677 2678 2679 2680 2681 2682 2683 2684 2685 2686 2687 2688 2689 2690 2691 2692 2693 2694 2695 2696 2697 2698 2699 2700 2701 2702 2703 2704 2705 2706 2707 2708 2709 2710 2711 2712 2713 2714 2715 2716 2717 2718 2719 2720 2721 2722 2723 2724 2725 2726 2727 2728 2729 2730 2731 2732 2733 2734 2735 2736 2737 2738 2739 2740 2741 2742 2743 2744 2745 2746 2747 2748 2749 2750 2751 2752

05837031359

PLACA
PIZ-3308

9C6RG3140J0016493

PAS/MOTOCICLO/NEINHUMA

ALCO/GASOL

YAMAHA/YBR150 FACTOR ED

2018

02P/0149CC

PARTIC

BRANCA

COTTA UNICA

—VENIO: COTA UNICA

VENIC/COTAS
1^o IPVA

FAA 171 A 00000000

3: PAGO

PEDIDO TRAFEGANDO (R\$)	IOF (R\$)	PREÇO LÍQUIDO (R\$)
SEGURO		PAGO

PBT: 000.30

ALIANÇA FIDUCIARIA
YAMAHA ADM. DE CONSORCIO S/C LTDA

OELTRAS

DATA
01/10/2018

ALMO ALIMENTAR DO REPO LOJAS
DIVERSA GERAL DO DETRAN - PT

012428479166
BILHETE DE SEGURO DPVAT

06437024453
PIZ-3308
2018

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

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXPERIENCIO DATA BUSINESS UNIT
2018 01/10/2018

05937031359	DPF / CNPJ	P12-3308
-------------	------------	----------

01166609305	YAMAHA/YBR150 FACTOR ED
-------------	-------------------------

2018 9C6RG3140J0816493

—PRÊMIO TARIFÁRIO

033, 86	003, 76	031, 62
---------	---------	---------

004,15	000,30	079,72
--------	--------	--------

☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

27/09/2018

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.609/0001-04

FEV-2016

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
13 MAR 2019
DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190289042 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA **Data do acidente:** 11/01/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE (FRATURA COMINUTIVA EM PAREDE ANTERIOR, POSTERIOR E LATERAL DO SEIO MAXILAR DIREITO, FRATURA EM ASSOALHO E PAREDE LATERAL DA ÓRBITA DIREITA E EM ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.7)
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190289042 **Cidade:** Oeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROMANA MARIA DA CONCEICAO DE SOUSA **Data do acidente:** 11/01/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA FACE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

Documentos complementares:
Observações:

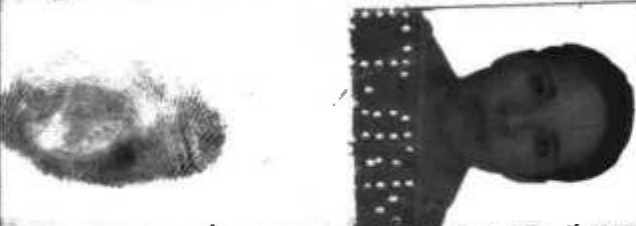
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



Romana Maria da Conceição de Sousa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

RÉGISTRO GERAL 2.320.307 DATA DE EMISSÃO 13/02/19

NOME ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA

FILIAÇÃO RAIMUNDA NONATA DE SOUSA

NATURALIDADE OEIRAS-PI DATA DE NASCIMENTO 17/08/1984

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 2965 L 08-B E 181

CPF EXP OEIRAS-PI 08/03/06

026.026.933-80

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/88 - DECRETO Nº 89.250/93

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2019

DPVAT

equatorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.040.749/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAZ do/98

Para controle
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

Nº da Nota Fiscal

018003496

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.638 de 26 de abril de 2002.

FEVEREIRO/2019

VENCIMENTO
26/02/2019

CONSUMO (KWH)
96

TOTAL A PAGAR (R\$)
91,37

ANTONIO FRANCISCO DE SOUSA
TV 13 DE MAIO O ROSARIO
CPF: 00003408445311
CEP: 64.500-000 - OZEIRAS

ROT: 65.770.15.17.109580

DADOS DA LEITURA	DATA DA LEITURA
Atual: 1430	19/02/2019
Anterior: 1334	18/01/2019
Constante de Multiplicação: 96	Anterior: 21/03/2019
Consumo Medido: 96	Próxima Leitura: 18/02/2019
Consumo Faturado: 96	Emissão: 19/02/2019
	Apresentação: 32

CLASSIFICAÇÃO	LIGACÃO	NÚMERO MEDIDOR	POSTO	CODIGO FISC.	MÉDIA 12 MESES
RESIDENCIAL		41853200		1.1.1.1	78

Mês/Ano	Consumo	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	Valor
JAN/19	70		85,39
DEZ/18	69		5,98
NOV/18	89		
OUT/18	91		
SET/18	77		
AGO/18	87		
JUL/18	61		
JUN/18	67		
MAI/18	68		
ABR/18	60		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 96 - R\$ 0,523550

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 05/03/2019, em função das contas reavaliadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar, também, a inclusão do nome do consumidor no CADINRA, informamos ainda existirem contas vencidas e já reavaliadas no valor de R\$ 407,76 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
01/2019	64,76	

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

RESERVADO AO FISCO E222 EF68 A0E9 B6B8 7E67 AAE9 4EE2 0125

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 17,29	Base de Cálculo: 85,39
Energia: 33,38	Alíquota ICMS: 22,00%
Transmissão: 5,65	Valor do ICMS: 18,78
Encargos: 3,56	Valor do PIS: 1,20
Tributos: 25,51	Valor do COFINS: 5,53

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIE		FIC		SASC		DICR
	Plano	Atual	Plano	Atual	Plano	Atual	Plano
Contas	6,03	12,06	24,12	3,61	7,23	14,45	3,54
Recebíveis	0,00		0,00		0,00		
Contas	12/2018						22,84

ROT: 65.770.15.17.109580

equatorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.040.749/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO

0940025-7

MÊS FATURADO

02/2019

Nº da Nota Fiscal:

TOTAL A PAGAR - R\$

91,37

VENCIMENTO

26/02/2019

018003496 FCAM

8368000000 9 91370017000 8 00000000040 7 02570219008 0



SEQ.: 00148 UC: 0940025-7 DT. LEIT.: 19/02/2019 T. ENTR.: 03

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
13 MAR 2019
DPVAT



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040-000 - Fone: (065) 301.123-5
Fax: (065) 301.123-5
Regime especial de tributação aprovado pela S/IAZ de 08/98

Para contato com a
Eletrobras, ligue para
o NÚMERO

SEU CÓDIGO

1185343-3

Nº da Nota Fiscal 012373363

Tarifa Social de Energia (TSE) - 15% de desconto
- Lei nº 10.438 de 24 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2018	24/10/2018	149	134,17

RANYERE MARTINS SILVA
AV DOM EXPEDITO LOPES 241 DEIRAS NOVA
CPF: 0000464002342
CPF: 64.500-000 - DEIRAS

ROT: 61.770.11.33.110800

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	11870	Atual:	16/10/2018
Anterior:	11721	Anterior:	14/09/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Anterior Leitura:	16/11/2018
Consumo Medido:	149	Início:	25/10/2018
Consumo Estimado:	149	Anterior Leitura:	16/10/2018

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Endereço/Localidade	Logradouro	Número Medidor	Posto	Antigo Fato	Mês de 12 meses
RESIDENTIAL	MONTE	1226433			

HISTÓRICO KWH		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
SET/18	140	CONSUMO	149 A R\$ 0,834032 = 124,27
AGO/18	151	CONTR. ILUMINACAO BUD. (C05333)	9,90
JUL/18	125	ADICIONAL	BANDEIRA VERMELHA
JUN/18	138		
MAI/18	140		
ABR/18	128		
MAR/18	122		
FEV/18	120		
JAN/18	127		
DEZ/17	97		
TARIFA SEM TRIBUTOS: R\$ 145 - 0,834032			

44
CORRETORA
DE SEGUROS
4 ABR 2019
DPVAT

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO		
Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 31/10/2018, em função das contas reavizadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reavizada(s) no valor de R\$ 137,25 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
09/2018	125,95	
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25		

RESERVAÇÃO AO FISCO 166E.DEB5.6FB1.7D30.C683.01EF.56ED.7F1A

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	25,70	Breve Cálculo:	124,27
Energia:	48,86	Adicional ICMS:	22,00%
Transmissão:	7,68	Valor ICMS:	27,33
Encargos:	7,78	Valor ICMS:	1,23
Tributos:	34,25	Valor ICMS:	5,69

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	DIC			DMC			DICI		
	Atual	Anterior	Anterior	Atual	Anterior	Anterior	Atual	Anterior	Anterior
Limite	6,03	12,06	24,12	3,61	7,23	14,45	3,54		
Resíduo	2,52			1,00			2,52		
Composto DEIRAS									
08/2018 DEIRAS 44,04									

ROT: 61.770.11.33.110800



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 750 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.040-000 - Fone: (065) 301.123-5

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
1185343-3	134,17
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
10/2018	24/10/2018
Nº da Nota Fiscal: 012373363 FCAM	

83650000001 0 34170017000 2 00000001185 8 34331018000 2

SEQ.: 00175 UC: 1185343-3 DT. LEIT.: 16/10/2018 T. ENTR.: 04
LEITURA: 11870 NORMAL TOTAL: 134,17 CARGA: 002
DT. VENC.: 24/10/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 2761

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: (800) 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www7.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASP?XTIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 ILEITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Peço exposto, eu RANGERE MARTINS SILVA
inscrito (a) no CPF/CNPJ 046-400-283 / 142 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Romana Maria da Conceição Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 026-026333 / 80
do sinistro de DPVAT cobertura IMMÓVEL da vítima ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO SOUSA
inscrito (a) no CPF sob o Nº 026-026333 / 80 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Refusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>AV. DOM. EXPEDITO LOPEZ</u>	Número: <u>241</u>	Complemento: <u>- / - / -</u>
Bairro: <u>PEREGRINHA</u>	Cidade: <u>DEIRAF</u>	Estado: <u>PIAUÍ</u>
CEP: <u>64.500-000</u>		Tel.(DDD): <u>89-99408-3583</u>

Local e Data: DEIRAF, 01 DE MARÇO DE 2019

+ Rangere Martins Silva
Assinatura do Declarante

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

13 MAR 2019

DPVAT

Declaração de Proprietário do Veículo

Eu, ISRAEL DE SOUSA, RG nº 3540735, data de expedição 09/11/10, Órgão PI, portador do CPF nº 058.370.313-59, com domicílio na cidade de DEIRAS, no Estado de PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA CARVALHO NETO RUA JESUS FLORIANO, nº 54, complemento - /, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUSA, cujo condutor era ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUSA.

Veículo: PAS / MOTOCICLETA

Modelo: YAMAHA / YBR 150 FACTOR ED

Ano: 2018

Placa: PIA 3308

Chassi: 9CGRG3140J0036493

Data do acidente: 11/01/19

Local e data: Aven. Viário, próximo ao Kaik - 11/01/19
Deiras - PI, 18/02/2019

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

13 MAR 2019

DPVAT

ISRAEL DE SOUSA

Assinatura do Declarante

Romana Maria da Conceição de Sousa

Assinatura do Condutor

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE AS FIRMAS DE ISRAEL DE SOUSA e ROMANA MARIA DA CONCEIÇÃO DE SOUSA. DOU RE. EM TEST. DE VERDADE. OBRIGADO DE. 02/18/2019. EMO: 7,70 TO: 1,54 FMP: 0,20 Selo: 0,52 Total: 9,96 Selo: ABO 15276 ABO 15277 (F&OF19)

WILDERNE FERREIRA DOS SANTOS-ESCRIVÃO

Selo de Fiscalização e Autenticidade Poder Judiciário Estado do Piauí Ass. de Notas, Registro e Juizados

RECONHECIMENTO DE FIRMA

ABO 15277

RECONHECIMENTO DE FIRMA

ABO 15276