

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GIVALDO DO NASCIMENTO

RG nº 2.112.027, data de expedição 26/03/14, Órgão SSP/PI

CPF nº 912.541.783-68, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>RUA ANTONIO LUIS</u>
Número	<u>1180</u>
Apto / Complemento	<u>URBANO</u>
Bairro	<u>AMANDO LIMA</u>
Cidade	<u>VALENÇA</u>
Estado	<u>P. A. M.</u>
CEP	<u>64.300.000</u>
Telefone de Contato	<u>(89) 999316611 / 994093745</u>
E-mail	<u>givaldo.nascimento@vamos.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: VALENÇA DO P. A. M. / 25/04/2019

Assinatura do Declarante: Givaldo Nascimento



Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
 Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
 Internet: www.agespisa.com.br
 Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8888
Fatura Mensal

Medição		Medímetro		Período																									
1732850-0		A27N261994		ABR/2019																									
Nome/Razão Social/Endereço MIRIAN DANTAS NOGUEIRA RUA ANTONIO LUIS, 1180 AMANDO LIMA VALENÇA 64300000					AG= 176																								
Situação Ativa	Res. 1	Categoria de Uso Com. Ind.		Inscrição 113 1 06 8337 0130-000																									
11/03/2019		10/04/2019		30																									
Histórico de Consumo <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês/Ano</th> <th>Consumo</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>10/18</td><td>1332</td><td>18,00</td></tr> <tr><td>11/18</td><td>1340</td><td>17,00</td></tr> <tr><td>12/18</td><td>1354</td><td>18,00</td></tr> <tr><td>01/19</td><td>1369</td><td>18,00</td></tr> <tr><td>02/19</td><td>1375</td><td>18,00</td></tr> <tr><td>03/19</td><td>1381</td><td>18,00</td></tr> <tr><td>04/19</td><td>1381</td><td>18,00</td></tr> </tbody> </table>						Mês/Ano	Consumo	Valor	10/18	1332	18,00	11/18	1340	17,00	12/18	1354	18,00	01/19	1369	18,00	02/19	1375	18,00	03/19	1381	18,00	04/19	1381	18,00
Mês/Ano	Consumo	Valor																											
10/18	1332	18,00																											
11/18	1340	17,00																											
12/18	1354	18,00																											
01/19	1369	18,00																											
02/19	1375	18,00																											
03/19	1381	18,00																											
04/19	1381	18,00																											
Serviço de Faturamento FATURADO P/ MINIMO DA LIGACAO																													
Cód. Regime/Contribuinte		Código de Verificação																											
028692039		01																											
Consumo Mínimo	Consumo Máximo	Consumo Real	Consumo Real	Consumo Real	Consumo Real																								
11	10	10	10	10	10																								
Observações Não há observações.																													

Sed. A Nome do Serviço

Valor R\$

16/04/2019
 VENCIMENTO
 CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

28,72

Parâmetro	Turbidez	Cor	Oxigênio	pH	Temperatura	Condutividade	Resistência Elétrica
Valor Máximo Permitido	5,0	13	5,0	6,5 a 8,5	25	500 µS/cm	1000 Ω/cm
Atividade de Amostragem							
Atividade de Análise							
Atividade de Atendimento	1.50	5.10	7.21		0.00	0.00	
Valor Médio							
PRESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA. CARECE REDE ATUANDO EM DESTINACÃO FINAL.							
AGESPISA NÃO VAI MAIS MANEJAR SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA: RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPIA.COM.BR PRA RECEBER PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINACÃO FINAL							

SABEMI - REC. EM 27 MAI 2019

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu GRIVALDO DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF 972.574.783 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSÉ FRANCISCO FERREIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 815.922.053 72 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSÉ FRANCISCO FERREIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 815.922.053 72 conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço	Número	Complemento
<u>RUA ANTONIO LUIS</u>	<u>1180</u>	<u>URBANO</u>
Bairro	Cidade	Estado
<u>AMANDO LIMA</u>	<u>VALENÇA</u>	<u>PIAUÍ</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>grivaldo.nascimento@yahoo.com.br</u>	<u>(87) 999316611</u>	<u>994093745</u>

VALENÇA-PI, 25 de ABRIL de 2019
Local e Data

Grivaldo do Nascimento
Assinatura do Declarante



HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA
AV SANTOS DUMONT,
CENTRO, VALENÇA DO PIAUÍ/PI - 64300-000
CNPJ: 06553564001100
(89) 3465-1015 - (89) 3465-1369
HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0233583

Data: 10/02/2019

Funcionário: EDIMAR

Registro: 13437

Hora: 10:02:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 16

SUS

JOSE FRANCISCO FERREIRA

Nasc.: 24/01/1951 Idade: 68 ANOS, 17 DIAS

End.: RUA SÃO JOSE N 874, 0 -

Cor: PARDA Telefone: () -

Profissão:

Bairro: AMANDO LIMA

Mãe: MARIA BATISTA NUNES

CPF: 81592205372 - RG: 33093532 - SUS: 204246893960003

Civil: CASADO(A) CEP: 64300-000

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ/PI

Pai: MANOEL AMANCIO FERREIRA

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

História Clínica/Exame físico:

PACIENTE, 68 ANOS, VITAMINADO, NUTRICIONAL, SÓLIDO, C/
EXATIDÃO, SEM COMPL.

Hora: ____:____

☐ Internação

Exames Complementares:

Diagnóstico provável:

Transtorno (LSC)

Prescrição Médica:

① DILATADOR SMOOTH-01

②

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 10:16:05

Prioridade:

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

Queixa/História: ESCORIAÇÕES EM OMBRO, CABEÇA E MÃO DIREITA

Alergias: ALERGICO A PERIATIM

Medicação Usual:

PA: 0 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

Conduta: ENC AO CLINICO

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia

Destino:

Hora:

406836 - AURICELIA PEREIRA LÔ
Enfermeiro Responsável

Dr. Rafael Barbosa Vieira
Médico
CRM-PI 6087

JOSE FRANCISCO FERREIRA
Paciente ou Responsável

6067 - RAFAEL BARBOSA VIEIRA
Médico Responsável

SABEMI - REC EM 27 MAI 2019



CLÍNICA

Antonio Bomfim

TECNOLOGIA A SERVIÇO DA VIDA

Seu Francisco FerreiraAtendimento

Atento por a du de pois
 que o parati ome etica em
 tratamento de fatura de. Otero
 prosed + sustentado em outro (4)
 Poligode Malavento cancevedes
 Rem tipasa + mda curacao
 No momento etia de de de de
 ortopedica com perda de 30% de
 na do outro de de de + de
 eticelavos de fura

CRP = 14355 + 56321

781071203

Dr. Fco. das Chagas B. Sousa
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PI 3920

Praça Getúlio Vargas, 297 - Fone (89) 3465-1201 - Valença do Piauí - PI
 e-mail: clinicaantonibomfim@hotmail.com

Dr. Rafael Sandoval Yrizar
Medico
CHAM-PI-0007

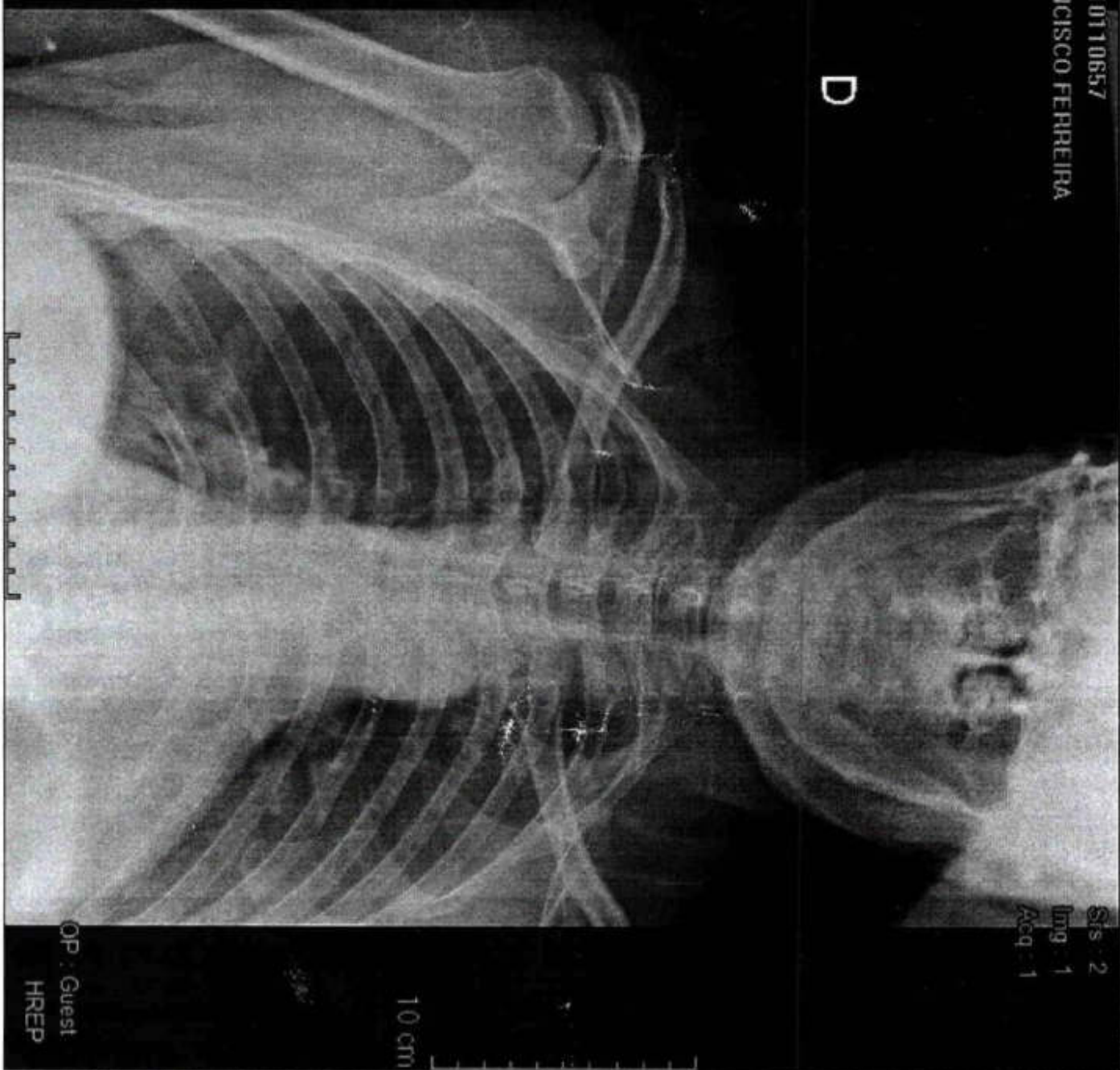
ER20190210110657

JOSE FRANCISCO FERREIRA

0

Sis : 2
Img : 1
Acq : 1

D



ER

10.02.2019

21.1%

OP : Guest
HREP

Nome: JOSE FRANCISCO FERREIRA
Data: 11/02/2019
Solicitante: .
Convênio: PARTICULAR
Código: 20543

RX DA CLAVÍCULA DIREITA

RELATÓRIO

- Textura óssea reduzida.
- Luxação da articulação acrômio clavicular.
- Estruturas ósseas visualizadas íntegras.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.



Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto
CRM 3255

SABEMI - REC. EM 27 MAI 2019

JOSE TRACY DO CARVALHO
Sexo Masculino
Idade 55 anos

Dir.

Exame Ombro C
Projeção 120°

JOSE FRAVIERO FERREIRA
Sexo Masculino
Idade 55 anos

Exame Ombro CLAVIC
Projeção de axo 140°

Nome: JOSE FRANCISCO FERREIRA
Data: 08/03/2019
Solicitante: FRANCISCO DAS CHAGAS B SOUSA
Convênio: PARTICULAR
Código: 20543

RX DO OMBRO DIREITO (02 INC)

RELATÓRIO

- Textura óssea reduzida.
- Estruturas ósseas íntegras.
- Luxação da articulação acrômio clavicular.
- Partes moles sem alterações radiológicas significativas.

IMPRESSÃO DIAGNOSTICA

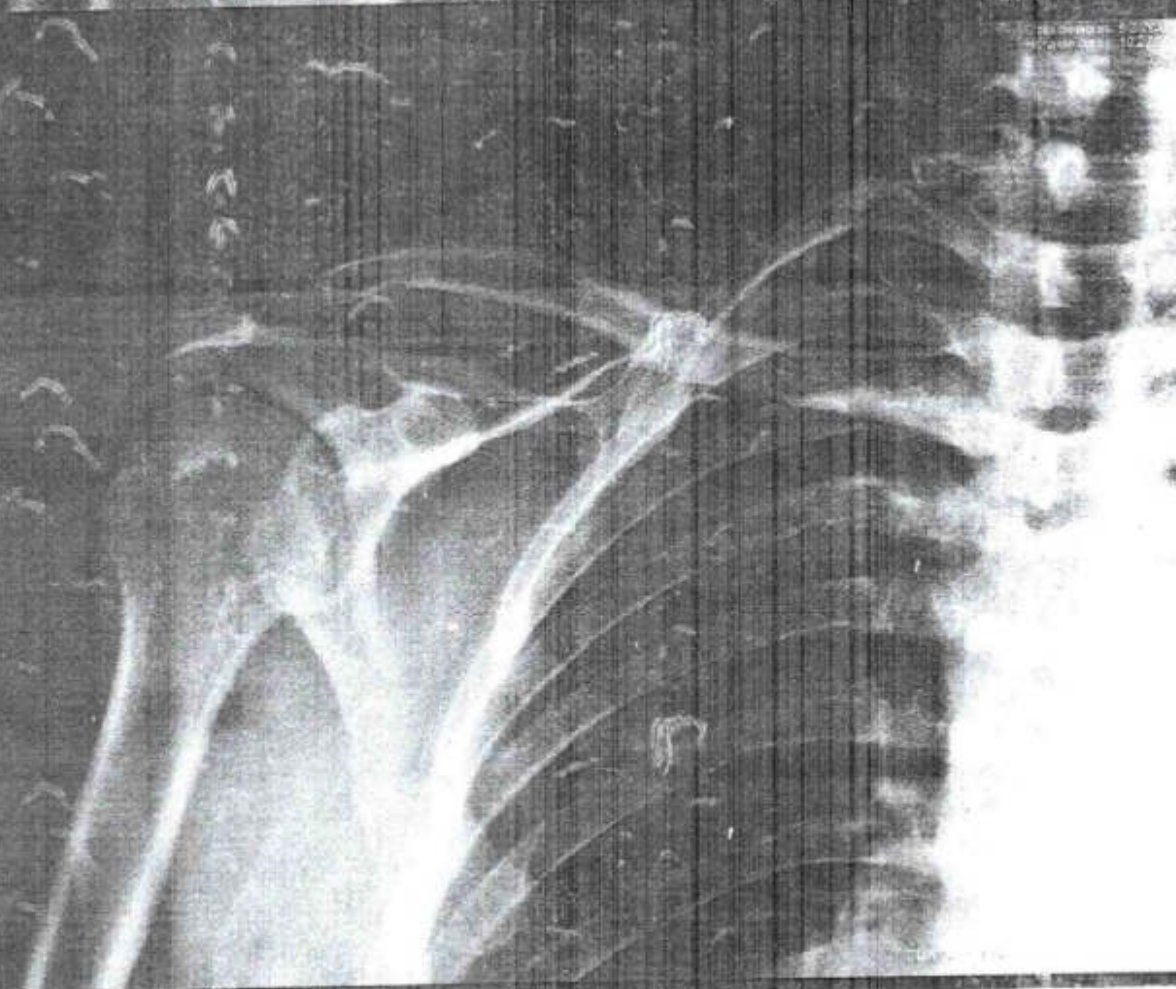
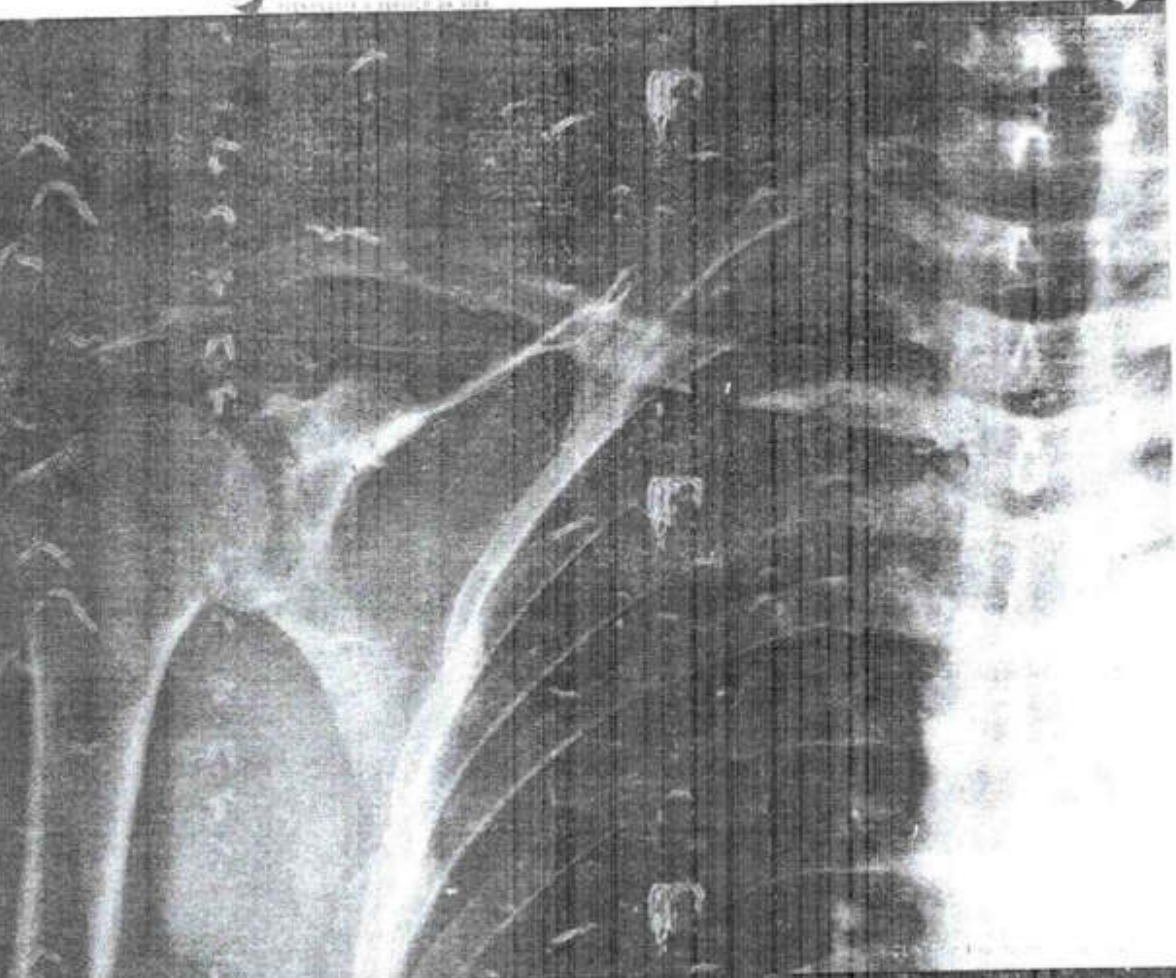
- 1- Osteopenia difusa.
- 2- Luxação da articulação acrômio clavicular.



Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto
CRM 3255

SABEMI - REC. EM 27 MAI 2019

Dir.



SABEMI - REC. EM 27 MAI 2019

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO SERIAL: 4.775.115 DATA DE EXPEDIÇÃO: 06/03/18

NOME: JOSÉ FRANCISCO FERREIRA

FILIAÇÃO: MARIA BATISTA NUNES
MANOEL AMANCIO FERREIRA

NATURALIDADE: PIMENTEIRAS-PI DATA DE NASCIMENTO: 24/01/1951

DOC. ORIGEM: CERT. CASAM. 5790 L B-48 F 30-V

CPF: 815.922.053-72 EXP. VALENÇA DO PIAUI - PI 19/02/18

1482403

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.260/83

Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
815.922.053-72

Nome
JOSE FRANCISCO FERREIRA

Nascimento
24/01/1951

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUI
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS

Jose Francisco Ferreira
1482403

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIFICACAO

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICACAO

emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
as 12:17:44 do dia 06/02/2018 (hora e data de Brasília)

digito verificador: 80



4B8C41D0.85621C71

CODIGO DE CONTROLE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.112.027 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/03/14

NOME
GIVALDO DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO
ESMERALDA MARIA DO NASCIMENTO SANTIAGO

NATURALIDADE VALENÇA DO PIAUI-PI DATA DE NASCIMENTO 01/11/1980

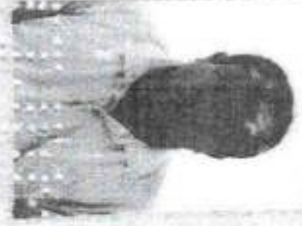
DOC. ORIGEM
CERT. CASAM. 2623 L 78 F 150V
EXP VALENÇA DO PIAUI-PI 13/07/12

TERCEIRA - PI 972.574.783-68 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/89 - DECRETO Nº 89.250/89

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Givaldo do Nascimento
ASSINATURA DO TITULAR

01/11/1980

CARTEIRA DE IDENTIDADE

SABEMI - REC. EM 27 MAI 2019

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190345924**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE FRANCISCO FERREIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA SAO JOSE, 874 - AMANDO LIMA - Valença do Piauí - PI - CEP 64300-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**Ssp /PI**] **4775115**

Data e local do acidente: [**10/02/2019**] **Valença do Piauí**

Data e local do exame: [**11/06/2019**] **Picos** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Luxação acromioclavicular à direita

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Paciente apresenta déficits de movimentos em ombro direito.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Submetido a tratamento conservador. Refere alta médica.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Déficits de flexão (realiza 0-60), extensão (realiza 0-10), adução (realiza 0-30), abdução (realiza 0-60), rotação interna (realiza 0-20) e rotação externa (realiza 0-10) de ombro direito. Dor aos moderados/leves esforços. Edema (2+/3+). Déficit de força grau 4. Deformidade em região de ombro direito.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Ombro direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Luanna Moura Moreira - CRM: 4718 - PI

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190345924

Cidade: Valença do Piauí

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE FRANCISCO FERREIRA

Data do acidente: 10/02/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Luxação acromioclavicular à direita

Descrição do exame físico: Déficits de flexão (realiza 0-60), extensão (realiza 0-10), adução (realiza 0-30), abdução (realiza 0-60), rotação interna (realiza 0-20) e rotação externa (realiza 0-10) de ombro direito. Dor aos moderados/leves esforços. Edema (2+/3+). Déficit de força grau 4. Deformidade em região de ombro direito.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador. Refere alta médica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/06/2019

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do ombro D devido a limitação da mobilidade articular. - Quadro estabelecido. Procedida avaliação médica na cidade de Picos.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190345924

Cidade: Valença do Piauí

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE FRANCISCO FERREIRA

Data do acidente: 10/02/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Luxação acromioclavicular à direita

Descrição do exame físico: Déficits de flexão (realiza 0-60), extensão (realiza 0-10), adução (realiza 0-30), abdução (realiza 0-60), rotação interna (realiza 0-20) e rotação externa (realiza 0-10) de ombro direito. Dor aos moderados/leves esforços. Edema (2+/3+). Déficit de força grau 4. Deformidade em região de ombro direito.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador. Refere alta médica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/06/2019

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do ombro D devido a limitação da mobilidade articular. - Quadro estabelecido. Procedida avaliação médica na cidade de Picos.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190345924 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FRANCISCO FERREIRA **Data do acidente:** 10/02/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @2)SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190345924 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FRANCISCO FERREIRA **Data do acidente:** 10/02/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)



OUTORGANTE:

Nome: JOSE FRANCISCO FERREIRA
 Nacionalidade: BRASILEIRO
 Estado civil: DEBARRADO Profissão: TRAB RURAL
 Identidade: 4.775.115 CPF: 815.972.053-72
 Endereço: RUA SÃO JOSÉ 874
 Bairro: Amândolima Cidade: Valença Est: Piauí
 Cep: 64.300-000 Telefone: 992547 05

OUTORGADO:

Nome: Givaldo do Nascimento
 Nacionalidade: Brasileiro
 Identidade: 2.112.027 SSP/PI Estado civil: Divorciado
 CPF: 972.574.783-68 Profissão: Não Informado
 Endereço: Rua Antônio Luís 1180, Valença do Piauí
 Cep: 64.300.000, Telefone: 999316611

Pelo presente instrumento particular de procuração nomeia e constitui meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DO SEGURO DEPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DEPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícios médicas e solicitar reagendamento podendo substabelecer e enfim praticar os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DEPVAT

COBERTURA DE ☒ INVALIDEZ ☒ DADS () MORTE

Data do acidente: 10/02/2019

JOSE FRANCISCO FERREIRA

Assinatura do Outorgante (reconhecer por autenticidade / verdadeira)

VITIMA JOSE FRANCISCO FERREIRA

Local e data: Valença do Piauí / 25/04/2019

2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis, Protestos e Anexos
 Rua Ildefonso Martins, 361 - Centro - Valença do Piauí - CEP: 64.300-000 - Fone: (99) 3140-1111

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIM DE: JOSE FRANCISCO FERREIRA, DO
 FE. EM TEST. DE: DA VERDADE. VALÊNCIA DO PIAUÍ - 17/02/2019.
 10:00 // FIM: 0,10 Selo: 0,26 Total: 0,98 Selo: 0,01, 31.704

Francisca Maria Moraes de Romão
 Escrevente Autorizada

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0177563/19

Vítima: JOSE FRANCISCO FERREIRA

CPF: 815.922.053-72

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/02/2019

Titular do CPF: JOSE FRANCISCO
FERREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GIVALDO DO NASCIMENTO : 972.574.783-68

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

JOSE FRANCISCO FERREIRA : 815.922.053-72

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: 27/05/2019
Nome: GIVALDO DO NASCIMENTO
CPF: 972.574.783-68

GIVALDO DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/05/2019
Nome: JULIANE CAMPOS RODRIGUES
CPF: 026.874.120-40

JULIANE CAMPOS RODRIGUES

Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190345924

Vítima: JOSE FRANCISCO FERREIRA

Data do Acidente: 10/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE FRANCISCO FERREIRA

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





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

Rio de Janeiro, 03 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190345924 Vítima: JOSE FRANCISCO FERREIRA

Data do Acidente: 10/02/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190345924

Vítima: JOSE FRANCISCO FERREIRA

Data do Acidente: 10/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE FRANCISCO FERREIRA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE FRANCISCO FERREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003887

Conta: 0000024532-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190345924

Vítima: JOSE FRANCISCO FERREIRA

Data do Acidente: 10/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE FRANCISCO FERREIRA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE FRANCISCO FERREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003887

Conta: 0000024532-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **815.922.053-72** Nome completo da vítima: **JOSE FRANCISCO FERREIRA**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: **JOSE FRANCISCO FERREIRA** CPF: **815.922.053-72**
Profissão: **TRAB. RURAL** Endereço: **RUA SAO JOSE** Número: **874** Complemento: **UNIBAND**
Bairro: **AMANDO LIMA VALENÇA** Cidade: _____ Estado: **PIAUÍ** CEP: **44.309-000**
E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

RENDAMENTO MENSAL:
☐ RENDU 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. Assinale uma opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **3887**
(informar o dígito se existir)

CONTA: **00024.532** **5**
(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____
(informar o dígito se existir)

CONTA: _____
(informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 34, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima: _____

Grau de 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 Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso divida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, entendendo ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 29º do Código Penal.

Local e Data: **VALENÇA DO PIAUÍ/25/04/19**
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGA

JOSE FRANCISCO FERREIRA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escrever, por outro pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROSTO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a ser de ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 001

AG: 3887 VALENCA DO PIAUI OPER: 013 CONTA: 24.532-5
PERIODO: 01022019 ATE: 02042019 CPF: 815.922.053-72
NOME: JOSE FRANCISCO FERREIRA VLR.BLO.JUD. : 0,00

DATA MOV	NR.DOC HISTORICO	T A X A	V A L O R	S A L D O
29/03/2019	000000 DP DINH AG	0,000000000	1.000,00 C	1.000,00 C

SALDO EM 01/04/2019

R\$ 1.000,00 C

F1 AJUDA	F4 SALDO POR DATA LIMITE	F7 VOLTAR	PAG.
F3 RETORNAR	F6 EXTRATO ANTERIOR	F8 AVANCAR	PAG.
			F12 FINALIZAR



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122451.000201/2019-10

Unidade de Registro: 7ª DRPC - VALENÇA DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Raimundo Nonato De Oliveira Rufino

Data/Hora: 01/03/2019 - 09:52

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE VALENÇA DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

VALENÇA DO PIAUÍ

Endereço

AV JOÃO FERREI, Nº: S/N

Complemento

BAIRRO VALENCINHA

Data/Hora

10/02/2019 - 09:50

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ FRANCISCO FERREIRA

RG: 4775115 SSPPI PI

Mãe: MARIA BATISTA NUNES

Pai: MANOEL AMANCIO FERREIRA

Endereço: RUA SÃO JOSÉ, Nº 874

Bairro: AMANDO LIMA

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ - CEP: 64300-000

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA. CG 125 FAN

2013

OE4048

9C2JC4120DR516145

00502347198

Preta

Condutor: JOSÉ FRANCISCO FERREIRA

RG: 4775115 Órgão: SSPPI UF RG: PI

End: RUA SÃO JOSÉ Número: 874 Complemento:

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: PI Bairro: AMANDO LIMA

Proprietário: JOSÉ FRANCISCO FERREIRA

End: RUA SÃO JOSÉ Número: 874

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: PI Bairro: AMANDO LIMA

RELATO DA OCORRÊNCIA

A vítima compareceu a esta Delegacia de Polícia Civil de Valença do Piauí-PI e relatou que dia 10.02.2019 por volta das 9:50 horas estava conduzindo o veículo de sua propriedade, acima descrito, pela av João Ferri, no sentido do centro da cidade quando outro veículo tipo motocicleta que vinha a sua frente manobrou bruscamente para sair da avenida trancando o seu veículo; que o veículo bateu levemente no veículo que vinha conduzindo, mas perdeu o controle e caiu; Quer sofreu nos seguintes danos físicos, conforme laudo médico assinado pelo médico Pedro de Paula Bomfim Neto- CRM3255: luxação da articulação acrómio-clavicular e raladura pelo corpo.

Raimundo Nonato De Oliveira Rufino - Mat. 1083104
AGENTE DE POLÍCIA

JOSÉ FRANCISCO FERREIRA - Noticiante
Responsável pela Informação



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122451.000201/2019-10

Delegado de Polícia

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASU: _____ CPF da vítima: **815.922.093-72** Nome completo da vítima: **JOSE FRANCISCO FERREIRA**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: **JOSE FRANCISCO FERREIRA** CPF: **815.922.093-72**
Profissão: **TRAB. RURAL** Endereço: **RUA SAO JOSE** Número: **874** Complemento: **URBANO**
Bairro: **AMANDO LIMA VALENÇA** Cidade: **PIAUÍ** Estado: **PIAUÍ** CEP: **44.309.000**
Telefone: _____ Tel. (DDD): _____

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

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO 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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: **3887** ☐ CONTA: **00024.532** **5** AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima: _____
Grau de 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 ascendentes? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou descendentes? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Fallecidos: _____ nascidos: _____ nascidos: _____
Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e proverem esta condição, estando ciente, ainda, de que quem quer a emissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a condenação de ressarcir o valor recebido, além de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **VALENÇA DO PIAUÍ/25/04/19** TESTEMUNHAS
Nome: _____ 1ª Nome: _____
CPF: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
JOSE FRANCISCO FERREIRA
Assinatura de vítima/beneficiário (declarante)

Roberto do Nascimento
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escrever o nome em letra maiúscula, maior e capital, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROSTO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-nos ciência do conteúdo, lidas do preenchimento e assinatura, NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA
AV SANTOS DUMONT,
CENTRO, VALENÇA DO PIAUÍ/PI - 64300-000
CNPJ: 06553564001100
(89) 3465-1015 - (89) 3465-1369
HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0233583

Data: 10/02/2019

Funcionário: EDIMAR

Registro: 13437

Hora: 10:02:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 16

SUS

JOSE FRANCISCO FERREIRA

Nasc.: 24/01/1951 Idade: 68 ANOS, 17 DIAS

Profissão:

End.: RUA SÃO JOSE N 874, 0 -

Bairro: AMANDO LIMA

Cor: PARDA Telefone: () -

Mãe: MARIA BATISTA NUNES

CPF: 81592205372 - RG: 33093532 - SUS: 204246893960003

Civil: CASADO(A) CEP: 64300-000

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ/PI

Pai: MANOEL AMANCIO FERREIRA

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

História Clínica/Exame físico:

paciente; 68 anos; última consulta médica: 01/02/2019
exame físico: sem alterações

Hora: ____:____

☐ Internação

Exames Complementares:

Diagnóstico provável:

Insuficiência (LCC)

Prescrição Médica:

① Digoxina 0,25mg - 01

②

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 10:16:05

Prioridade:

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

Queixa/História: ESCORIAÇÕES EM OMBRO, CABEÇA E MÃO DIREITA

Alergias: ALERGICO A PERIATIM

Medicação Usual:

PA: 0 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

Conduta: ENC AO CLÍNICO

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferência

Destino:

Hora:

JOÃO SOARES DOS SANTOS

JOSE FRANCISCO FERREIRA
Paciente ou Responsável

406836 - AURICELIA PEREIRA LÔ
Enfermeiro Responsável

Dr. Rafael Barbosa Vieira
Médico
CRM-PI 6087

6067 - RAFAEL BARBOSA VIEIRA
Médico Responsável

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: 17/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE FRANCISCO FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03887

CONTA: 000000024532-5

Nr. da Autenticação 75928B664BDF8C46

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSÉ FRANCISCO FERREIRARG nº 4.775.175, *data de expedição 06/03/18 Órgão SSP/PE

CPF nº 815.922.053-72 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA SÃO JOSÉ</u>
Número	<u>874</u>
Apto / Complemento	<u>URBANO</u>
Bairro	<u>AMANDO LIMA</u>
Cidade	<u>VALENÇA</u>
Estado	<u>PIAUÍ</u>
CEP	<u>64.300.000</u>
Telefone de Contato	<u>(89) 999316611 / 994093745</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: VALENÇA DO PIAUÍ / 25/04/2019Assinatura do Declarante: X José Francisco Ferreira

SEL CODIGO

0223475-0

015948661

JANEIRO/2019

11/01/2019

215

217,85

MARLENE ALVES NUNES
R. SAO JOSE 374 S/C AMANDO LIMA
CPF: 00003237541397
CEP: 64.300-000 - VALENCA DO PIAUI

4155		
3941		04/01/2019
1.000		06/02/2019
215		05/02/2019
215	FCAN	03/01/2019
		04/01/2019
		29

RESIDENCIAL MONO 41970647 1.1.1.1 229

DEZ/18	202	CONSUNO	215 A R\$ 0,937099	199,31
NOV/18	205	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		10,53
OUT/18	202			
SET/18	205			
AGO/18	210			
JUL/18	201			
JUN/18	214			
MAI/18	202			
ABR/18	221			
MAR/18	199			

LIGUE 0800 045 0150 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabens! Até o dia 03/01/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

7421	REJE DATA DE LIC. D/74 SACB. C098. C080	
36,71		
74,27		199,32
22,1		77,000
7,47		53,61
65,22		2,03
		9,34

7,37 14,53 20,26 3,58 7,45 11,70 4,14
0,90 7,90